III.

Aus der Erlanger chirurgischen Klinik.

Beitrag zur Statistik des Carcinoma labii inferioris.

Von

Dr. Carl Koch,
I. Assistenzarzt der Klinik.

Einer Aufforderung des Herrn Prof. Heineke folgend, habe ich die Carcinome der Unterlippe zusammengestellt, welche in den Jahren 1860 bis 1880 incl. in der chirurgischen Klinik zu Erlangen zur Behandlung kamen. Ich habe hierzu theils die vorhandenen Krankengeschichten, theils die in den Journalen vorgefundenen Notizen zu verwerthen gesucht. Aus früheren Jahren habe ich noch über vier Fälle von Unterlippenkrebs Erkundigungen einzuziehen versucht, welche von Thiersch hier operirt in der von ihm zusammengestellten Tabelle der Unterlippencarcinome[1]) sich erwähnt finden und als die einzigen damals ohne Recidiv noch am Leben befindlichen bezeichnet sind. Es schien mir eben von Interesse, Näheres über das schliessliche Schicksal derselben in Erfahrung zu bringen. Leider ist mir dies nur bei zwei Patienten (Nr. 45 und 46 in der Tabelle der Unterlippenkrebse) gelungen. Der Erfolg der Operation war in diesen beiden Fällen ein vorzüglicher, indem der eine Patient (Erhard Winkelmann), operirt am 23. November 1859, im Jahre 1876 ohne Recidiv gestorben ist, der zweite aber (Lorenz Däuber), operirt am 7. December 1859, jetzt noch ohne Recidiv und gesund sich am Leben befindet.

Die Nachrichten über das fernere Schicksal der hier behandelten Patienten habe ich dadurch erlangt, dass ich an alle betreffenden Gemeinden bestimmt formulirte Fragebogen aussandte.

---

1) Thiersch, Der Epithelialkrebs, namentlich der Haut. Leipzig 1865.

Die exstirpirten Carcinome wurden seit dem Jahre 1867 regelmässig im hiesigen pathologisch-anatomischen Institute mikroskopisch untersucht. Es hat sich dabei unserer Erinnerung nach nie eine Differenz mit der klinischen Diagnose herausgestellt. Aus den früheren Jahren stammen die anatomischen Notizen wohl von Thiersch her.

Von der Mehrzahl der Fälle liegen mir Aufzeichnungen des mikroskopischen Befundes vor; von einem Theile derselben sind sie jedoch nicht mehr aufzufinden. Gleichwohl trage ich kein Bedenken, diejenigen Fälle, von denen die anatomischen Diagnosen nich tnotirt sind, hier mit zu verwerthen. Denn einerseits macht die Diagnose des Unterlippencarcinoms fast niemals Schwierigkeiten, andererseits wurde dieselbe, da wo sie irgendwie klinisch zweifelhaft erschien (es kann hier nur die Verwechslung mit einem Ulcus syphiliticum in Frage kommen), theils durch eine vorher eingeleitete Therapie (Schmierkur etc.), theils durch die Probeexcision mit darauffolgender mikroskopischer Untersuchung sicher gestellt.

Das gesammte Material, das mir zu Gebote steht, beläuft sich auf 145 Fälle.

Es kommen davon 132 auf das männliche, 13 auf das weibliche Geschlecht. Demnach treffen auf letzteres 8,965 Proc., eine Zahl, welche die von Andern gefundene weit übersteigt. Thiersch hatte unter 48 mit Epithelialkrebs der Unterlippe behafteten Individuen 2 Frauen, also 4,166 Proc. Frauen; v. Bruns unter 55 Patienten 4 weibliche, also 7,273 Proc., v. Winiwarter unter 62 nur 1 Frau, also 1,613 Proc. Stellen wir alle diese Zahlen zusammen, so kommen auf 310 Fälle von Unterlippencarcinom 20 bei Weibern, d. i. 6,452 Proc.

Das Alter, in welchem die Patienten zur Zeit des Beginnes des Leidens standen, ergibt sich aus folgender Tabelle [1]).

Es fällt darnach das Maximum der Fälle in das Alter von 60 bis 70 Jahren. Doch ist das Alter von 50—60 Jahren fast mit der

---

1) In einer Anzahl von Fällen fehlten genauere Angaben über die Zeit der Entstehung des Carcinoms; in diesen ist die Zeit, welche durchschnittlich von dem Beginn des Uebels bis zur Operation verflossen war, von dem Lebensalter zur Zeit der Operation abgezogen. Mehrere Patienten hatten lange Jahre hindurch ein Knötchen, Bläschen, einen Fleck bemerkt, der später begann zu wachsen. Hier ist die Zeit, zu der das Gebilde anfing grösser zu werden, als Anfangstermin des Carcinoms angenommen.

Jahre	Männer	Frauen	Summe
30—35	5	2	18
36—40	11	—	
41—45	13	3	21
46—50	5	—	
51—55	15	1	41
56—60	24	1	
61—65	25	1	46
66—70	18	2	
71—75	12	1	18
76—80	3	2	
81—85	1	—	1
Summe	132	13	145

gleichen Zahl vertreten. In der Tabelle von Thiersch ist das Maximum für das Alter von 50—60 Jahren angegeben, nach v. Winiwarter entstanden die Carcinome meist im 45.—55. Lebensjahre. v. Bruns beobachtete dagegen die meisten Fälle in einem Alter von 60—70 Jahren.

Was Thiersch hervorhebt, dass vorzugsweise die Landbevölkerung vom Unterlippencarcinom betroffen werde, können wir nach unsern Zusammenstellungen vollkommen bestätigen. Unter unseren 132 Männern sind 94 Bauern, Bauernknechte und Tagelöhner vom Lande. Unter den übrigen sind: 1 Bierbrauer, 3 Müller, 3 Zimmerleute, 3 Maurer, 3 Schmiede, 3 Weber, 1 Zeugmacher, 2 Büttner, 2 Metzger, 1 Kaminkehrer, 2 Ziegeleiarbeiter, 1 Fallmeister, 4 Handelsleute, 1 Gastwirth, 1 Trompeter, 1 Söldner, 1 Kirchner, 1 Bahnwärter. Aus besseren Kreisen ein Pfarrer, ein Bahnexpeditor.

Mit Ausnahme einer Kaufmannsfrau gehörten von den 13 Frauen alle der Landbevölkerung an.

Was die Aetiologie anlangt, so wurden 15 mal Verletzungen der Unterlippe als Ursache für das Entstehen des Carcinoms angegeben. 38 mal ist notirt, dass eine Verletzung nicht vorhergegangen sei. Auch in den übrigen Fällen, bei denen nichts bemerkt ist, muss man wohl gleichfalls die Entwicklung des Carcinoms ohne äussere Veranlassung annehmen.

Die Traumen und die darnach zunächst aufgetretenen Erscheinungen waren folgender Art:

Dem Patienten Endlein, welcher Schmied ist, 58 Jahre alt, sprang 25 Jahre vor seiner Aufnahme ein Stück Eisen ans Kinn und machte eine Hautwunde, die bald zuheilte. In der Folge entstanden wieder-

holt Verletzungen der Narbe mit dem Rasirmesser; vor 9—10 Jahren trat eine linsen- bis erbsengrosse Verhärtung ein, die zu nässen begann. Verschiedene Salben und Aetzungen mit Höllenstein und Pasten sollen wiederholt Vernarbung herbeigeführt haben. 1 Jahr vor der Operation erneutes Nässen und rascheres Wachsthum, dem weder durch Aetzen mit Pasten, noch Auflegen von Salben und mehrmaligem Schneiden Einhalt gethan werden konnte. Am 22. Juni 1866 fand Aufnahme im Krankenhause statt.

Ein Patient wurde durch das Horn einer Kuh an der Unterlippe verletzt und zwar geschah dies 3/4 Jahr, bevor der Patient sich im Krankenhause vorstellte. Es bildete sich aus der Wunde ein mit einer Kruste bedecktes Geschwür.

Ein weiterer Patient wurde 1 1/4 Jahr vor der Operation von einem Hunde an der Unterlippe gekratzt. Es entstand an der betreffenden Stelle ein Bläschen, das sich mehr und mehr zu einer Geschwulst ausbildete.

Der 59jährige Rupp litt seit seinem 19. Jahre an hartnäckigem Ekzem der Lippen und Wangen. 1 Jahr vor der Operation ritzte er sich mit einer schlechten Pfeifenspitze an der Unterlippe; aus diesem Risse entstand ein linsengrosses beständig mit einem Grind bedecktes Geschwür, das sich immer mehr vergrösserte und der vielfachen Anwendung von Salben etc. trotzte.

Zwei Patienten hatten sich mit der Cigarre, die sie mit dem brennenden Ende in den Mund steckten, an der Unterlippe verbrannt. In dem einen Fall geschah dies 3/4 Jahr vor der Aufnahme; es hatte sich an der gebrannten Stelle ein Knötchen entwickelt, das beständig sich vergrösserte. In dem andern war eine nässende Fläche zurückgeblieben, die nicht wieder verheilte und zur Geschwulstbildung Anlass gab.

Zwei weitere Patienten verletzten sich, indem sie mit der Unterlippe gegen einen Stein auffielen. Bei einem dieser Patienten blieb darauf eine Schrunde zurück und entwickelte sich daraus die Geschwulst. Bei dem zweiten bestand schon 1/2 Jahr vor der Verletzung ein Bläschen am Lippenroth; nach derselben Entzündung und rascheres Umsichgreifen.

In 5 Fällen werden Verletzungen mit dem Rasirmesser als Entstehungsursache des Carcinoms angegeben; in einem weitern Falle ein Insektenstich.

Eine Frau beschuldigt den Umstand, dass sie vor einigen Jahren

von einem Mann in die Unterlippe gebissen worden sei, als die Ursache ihres Leidens.

In 6 Fällen wird mehrjähriges Aufgesprungensein und Schrundenbildung als Ursache angegeben. In einem weiteren Falle soll sich aus einer acuten Anschwellung der Unterlippe das Carcinom entwickelt haben.

Der Patient Dierauf ist Ziegeleiarbeiter und beschuldigt als Entstehungsursache den Umstand, dass er bei der Arbeit vielfach sehr starker Hitze ausgesetzt sei.

In 4 Fällen wird das Leiden vom Pfeifenrauchen abgeleitet.

Was den Einfluss des Rauchens anlangt, so finden sich hierüber ausserdem noch 56 Aufzeichnungen. 16 lauten negativ. In 39 Fällen waren die Patienten Pfeifenraucher verschiedenen Grades. 6 dieser Patienten trugen die Pfeife beständig da, wo sich das Carcinom entwickelte, 4 Patienten auf der entgegengesetzten Seite. Ein Patient war bis zum Entstehen des Carcinoms Nichtraucher; erst als sich die Geschwulst entwickelte, fing er zu rauchen an, um dieselbe wegzubringen. Zwei Patienten waren gewohnt, Tabak zu kauen. In allen übrigen Fällen sind diesbezügliche Notizen nicht vorhanden.

Bei keiner der Frauen ist notirt, ob sie Tabak rauchte oder nicht; doch ist, weil es nicht notirt ist, das letztere anzunehmen, denn dass Frauen rauchen, kommt in der hiesigen Bevölkerung kaum vor.

Darüber, ob Eltern, Grosseltern oder andere nahe Verwandte an Gewächsen gelitten haben, ist in 71 Fällen bemerkt, dass ähnliche Tumoren in der Familie nicht beobachtet sind. In 8 Fällen finden sich positive Angaben. Die Mutter eines Patienten liess sich in ihrem 44. Jahre einen Zahn ausziehen, worauf sich Entzündung und Geschwulst an der Wange einstellte. Die Wangenhaut brach auf und es frass das Geschwür immer weiter. Es wurde der Unterkiefer und Hals ergriffen, so dass die Frau schliesslich nicht mehr schlucken konnte und nach Verlauf von 2 Jahren starb. Wahrscheinlich handelte es sich hier um einen malignen Tumor (Carcinom?). — Die Mütter zweier anderer Patienten starben an Brustkrebs, die eines weiteren an Gebärmutterkrebs. Ein anderer Patient gab an, dass seine Mutter ein tiefgreifendes Geschwür an der Schläfengegend hatte, woran sie starb.

Der Vater eines Patienten hatte eine Geschwulst am Halse. Dieselbe wird nicht näher geschildert. — Der Vater eines anderen

Patienten hatte ein Gewächs an der Unterlippe. Dieses wurde zu spät von einem Arzte operirt, verbreitete sich auf den Hals und führte den Tod herbei. — Weiterhin berichtet ein Patient, dass sein Vater mehrere Jahre vor seinem Tode an der Unterlippe eine bläuliche, schliesslich taubeneigrosse Geschwulst getragen habe und daran verstorben sei.

Der Grossonkel eines Patienten soll auch „eine böse Lippe“ gehabt haben.

Zur weiteren Betrachtung scheide ich die 145 Unterlippencarcinome in primäre und in recidivirte. Zu den ersteren gehören 131, zu den Recidiven 14 Fälle. Wir betrachten zunächst die primären.

A. Primäre Carcinome der Unterlippe.

In welchem Alter der Patienten dieselben sich entwickelten, darüber mag folgende Tabelle Aufschluss geben:

30—35	Jahre	5	mal	13
36—40	„	8	„	
41—45	„	12	„	17
46—50	„	5	„	
51—55	„	12	„	27
56—60	„	15	„	
61—65	„	16	„	30
66—70	„	14	„	
71—75	„	6	„	10
76—80	„	4	„	
81—85	„	1	„	1
			Summa	98 Fälle

In 31 Fällen ist nicht bemerkt, wann das Leiden sich entwickelte. 2 Fälle habe ich in der Tabelle noch nicht erwähnt. Der eine betrifft den Patient Endlein, welchem 25 Jahre vor der Aufnahme ein Eisenstück ans Kinn sprang und eine Wunde machte, aus deren Narbe sich das Carcinom entwickelte (s. oben). Ferner den Patienten Bärtlein, 72 Jahr alt, welcher schon vor 36 Jahren einen erbsengrossen dunkelbraunen Fleck im Roth der Unterlippe bekam, welcher nach 2 Jahren sich mehr erhob und sich mit Krusten zu bedecken begann. In diesem Zustande blieb die Wucherung 1 Jahr lang, darauf wurden Salben und Aetzmittel angewandt, die zeitweise Besserung herbeiführten, aber eine gründliche Beseitigung des Uebels nicht schaffen konnten. Bei der Aufnahme des Patienten war die ganze Breite des Lippenrothes von der Neubildung eingenommen. Die übrigen Theile der Lippe waren noch intakt.

Es wurde demnach das Leiden von den Patienten bei ihrer Aufnahme zurückdatirt:

in	1	Falle	auf	14	Tage,
„	1	„	„	10	Wochen,
„	7	Fällen	„	mehrere	Monate,
„	14	„	„	1/2	Jahr,
„	9	„	„	3/4	„
„	23	„	„	1	„
„	9	„	„	1 1/2	„
„	2	„	„	1 3/4	„
„	12	„	„	2	„
„	1	Falle	„	2 1/2	„
„	5	Fällen	„	3	„
„	5	„	„	4	„
„	3	„	„	6	„
„	1	Falle	„	8	„
„	5	Fällen	„	9	„
„	1	Falle	„	25	„ (Endlein)
„	1	„	„	36	„ (Bärtlein).
	100	Fälle.			

Mit Beiseitelassung der beiden letzten Fälle berechnet sich also die durchschnittliche Dauer des Leidens bis zur operativen Beseitigung auf 1,911 Jahr. In denjenigen Fällen, in denen sich das Carcinom ohne äussere Veranlassung entwickelt hatte, waren zu Beginn des Leidens

2 mal ein rother Fleck
15 mal eine mit Krusten bedeckte Schrunde
21 mal ein Bläschen oder Blätterchen
12 mal ein Geschwürchen
25 mal eine Verhärtung, Verdickung oder Knötchen
6 mal eine warzige Wucherung

an der Unterlippe wahrgenommen worden. In den übrigen Fällen ist über die Form, in der das Carcinom auftrat, nichts angegeben.

Ueber den Allgemeinzustand der Patienten zur Zeit der Beobachtung finden sich 68 genauere Aufzeichnungen:

37 Patienten waren kräftig und gut genährt,
14 Patienten waren von mittelmässigem Kräfte- und Ernährungszustand,
15 Patienten waren schlechtgenährt und schwach,
2 Patienten waren sehr elend.

Die 51 ersten zusammengenommen hatten das Carcinom durchschnittlich 2,22 Jahre, die 17 letzteren durchschnittlich 2,24 Jahre getragen. Patient Endlein, welcher sein Carcinom möglicherweise

schon 25 Jahre hatte und trotzdem kräftig war, ist bei der Durchschnittsberechnung nicht mitgezählt.

Bezüglich des Sitzes und der Ausdehnung der Carcinome unterscheide ich folgende Unterabtheilungen:

1. Das Carcinom ist auf die Unterlippe beschränkt, greift kaum über einen Mundwinkel hinaus und lässt den Knochen intakt 97
2. Das Carcinom greift über den einen oder andern Mundwinkel hinaus auf Oberlippe oder Wangentheile . . 9
3. Das Carcinom hat mehr oder weniger bereits den Knochen ergriffen 25

Von der Betheiligung der Lymphdrüsen habe ich dabei noch abgesehen. Thiersch verlegt dieselbe in das 3. Stadium. Ich werde unten zeigen, dass bereits bei noch sehr unbedeutenden Carcinomen der Unterlippe die regionären Drüsen bereits erheblich afficirt sein können.

Ad 1. gehören 97 Fälle. Von denselben sassen

an der rechten Unterlippenhälfte	19	Fälle
an der linken Unterlippenhälfte	17	„
im mittleren Theile der Unterlippe	27	„
den grössten Theil der Unterlippe oder dieselbe in ganzer Ausdehnung nehmen ein	12	„
	75	Fälle.

Von 22 hierher gehörigen Fällen ist der Sitz der Neubildung nicht genauer aufgezeichnet.

Die nur auf eine Unterlippenhälfte beschränkten oder nur in der Mitte derselben sitzenden Krebse hatten 10 Wochen bis 9 Jahre, durchschnittlich 19,6 Monate bestanden[1]; die den grössten Theil der Unterlippe oder sie ganz einnehmenden Carcinome 1/4 Jahr bis 9 Jahre; die durchschnittliche Dauer derselben berechnet sich auf 27,461 Monate.[2] Zu den letzteren gehört auch der Fall Bärtlein mit angeblich 36jähriger Dauer. Derselbe ist bei der Durchschnittsberechnung nicht berücksichtigt.

Die Beschaffenheit der Carcinome wird in folgender Weise geschildert: In 56 Fällen handelt es sich um eine derbe Infiltration, die bald nur einen Knoten darstellt, bald aus mehreren Knoten zusammengesetzt erscheint und an ihrer Oberfläche mehr oder weniger oberflächlich ulcerirt oder fein papillär beschaffen ist. In einigen Fällen zeigte die Infiltration mehr schrumpfenden Charakter. In 9 Fällen ist

1) Viermal keine Notiz vorhanden.

2) Viermal nichts notirt.

tiefgreifenderer, manchmal kraterförmiger ulceröser Charakter notirt. In einzelnen Fällen ist dadurch ein Defekt der Unterlippe entstanden. In 6 Fällen wird die Geschwulst als pilz- oder blumenkohlartige Wucherung von starkwarziger, zerklüfteter und gelappter Beschaffenheit geschildert. In 2 Fällen war nur eine oberflächliche mit einer Kruste bedeckte Ulceration ohne erhebliche Induration der Ränder vorhanden; in einem Falle bestand ein weicher Tumor mit überragenden Rändern. Ein weiterer Fall hatte melanotischen Charakter. Die 4 letztgenannten Carcinome, deren Echtheit wegen ihres aussergewöhnlichen Aussehens bezweifelt werden könnte, wurden auch mikroskopisch als Epithelialcarcinome erkannt. In 22 Fällen ist das Carcinom nicht näher beschrieben.

Zur Unterabtheilung der auf Oberlippe und Wangen übergreifenden Unterlippencarcinome gehören 9 Fälle. Sie hatten eine Dauer von 4 Monaten bis 6 Jahren, durchschnittlich von 26,333 Monaten. Die Ausdehnung der hierher gehörigen Carcinome ist aus den Krankengeschichten ersichtlich, die ich deshalb hier gleich einfüge:

1. Schütz, Johann, 62 Jahre alt, Tagelöhner, raucht und trägt die Pfeife bald rechts bald links. Vor 3 Jahren Schrunde an der Unterlippe rechts; darauf Geschwürsbildung und seit 1 Jahre rascheres Wachsthum. Vom rechten Mundwinkel bis über die Mittellinie fehlt die Unterlippe, so dass die Zähne frei zu Tage treten. Dieser Defekt ist bedingt durch ein unebenes Geschwür mit wallartig aufgeworfenen Rändern, das in der Nähe des linken Mundwinkels beginnt und etwas über 1 Zoll weit über den rechten Mundwinkel hinaus in die rechte Wange sich hineinerstreckt. Kräftezustand befriedigend. 15. April 1862 Exstirpation mit einem geschwellten Drüsenpaket. Der durch die Excision hervorgerufene Substanzverlust kann nicht gedeckt werden. Erst nach Resection eines beträchtlichen Stückes des Unterkieferkörpers gelingt die Aneinanderfügung der Lappen. Die Heilung erfolgte ohne Störung fast vollständig prima intentione. Am 15. Mai 1862 geheilt entlassen.

Anatomische Diagnose fehlt. Ueber das fernere Schicksal des Patienten konnte nichts ermittelt werden.

2. Lang, Adam, Flösser, 70 Jahre alt. Im Herbste 1865 bildete sich ein Geschwür an der linken Unterlippenhälfte, das seit Ostern 1866 rasch wuchs. Patient raucht nicht, kaute aber früher Tabak. Seine Mutter ging an einer Geschwulst, die am Unterkiefer und Hals sass, zu Grunde. Das Unterlippenroth von der Mitte bis zum Mundwinkel ulcerirt. Die Ulceration überschreitet nach aussen nicht den Saum des Lippenrothes. Vom linken Mundwinkel erstreckt sich $1\frac{1}{2}$ Cm. weit eine Verdickung in die Wangentheile hinein, Drüsen nicht geschwellt. Am 30. Mai 1866 Excision. Deckung des Defektes mit Hülfe eines linksseitigen mit der Basis nach unten gerichteten Wangenlappens. Die Heilung war durch Gangrän des Lappenrandes und später durch Erysipel gestört. Die Entlassung des Patienten erfolgte am 29. Tage mit schief nach rechts stehendem, doch

genügend weitem Munde. In der linken Massetergegend blieb eine granulirende Fläche zurück. In einigen Wochen sollte Patient zur Vervollständigung der Plastik wiederkommen.

Anatomische Diagnose: Epithelkrebs. Ueber das fernere Schicksal des Patienten konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

3. Herzog, Georg, Austrägler, 65 Jahre alt. Heredität ausgeschlossen. Ob Raucher nicht erwähnt. Im August 1867 Beginn des Leidens mit Bläschenbildung an der Unterlippe nahe am linken Mundwinkel. Das Lippenroth fast in ganzer Ausdehnung von einem flachen nicht ulcerirten, auffallend in die Länge gezogenen Tumor eingenommen, welcher sich nach abwärts bis nahe zur Basis der Unterlippe heraberstreckt und sich ohne scharfe Begrenzung um den linken Mundwinkel herum in die Wange fortsetzt. Die Unterlippe steht schief, einer breiten Narbe folgend, die über das Lippenroth und den linken Mundwinkel herabzieht. Der ganze Tumor knorpelähnlich hart. 13. Februar 1868 Exstirpation. Zur Deckung des ziemlich grossen Defektes wurden 2 seitliche Lappen aus den unteren Wangenhälften mit der Basis in der Kieferwinkelgegend ausgeschnitten. Zur Bildung des Mundes konnte rechts die Schleimhaut des Wangenlappens verwendet werden, links wurde das Oberlippenroth bis unters rechte Nasenloch lappenförmig abgelöst und nach abwärts geschwenkt mit dem oberen Rand des linken Wangenlappens vereinigt. Die dadurch hervorgerufene Wulstung der Oberlippe wurde durch Ausschneiden eines kleinen Keiles beseitigt. Nach Vereinigung der Wangenlappen blieb noch ein guldengrosser dreieckiger Defekt am Kinn. Der noch vorhandene Theil der Kinnhaut wurde durch einen nach rechts abwärts geführten Schnitt beweglich gemacht, nach oben verschoben und mit den Wangenlappen vereinigt. Der Mund klein, aber wohl geformt. Unter hohem Fieber trat Suppuration und Gangränescenz einzelner Lappenränder ein. In Folge dessen löste sich der linke Wangenlappen vom Kinnhautlappen und in der Mittellinie trat der Unterkiefer wieder zu Tage, dessen oberflächlichste Schicht im weiteren Verlaufe auch mortificirte. Das von der Oberlippe transplantirte Lippenroth heilte theilweise an. Am 2. März wurden beiderseits grosse in der Parotis entstandene Abscesse incidirt. Am 19. Febr. wurde grosses pleuritisches Exsudat rechterseits constatirt. Im weiteren Verlauf reinigten sich die Wunden, die durch die Eiterung der Stichkanäle entstandenen Defekte schlossen sich durch Granulationen; aber durch starkes Retrahiren des linken Wangenlappens blieb ein ziemlich tiefer Spaltdefekt im linken Mundwinkel. Am 8. April wurden die Ränder hier angefrischt und vereinigt; es erfolgte jedoch wieder Gangränescenz und Klaffen der Theile. Vom 14.—21. April Erysipel von der rechten Gesichtshälfte, sich über die Stirn auf die linke Gesichtshälfte verbreitend. Am 29. April entlassen mit noch bestehendem 2—3 Cm. langem Spaltdefekt des linken Mundwinkels.

Anatomische Diagnose: Epithelkrebs der Unterlippe mit stark verhornten Zapfen und Nestern. Patient lebt jetzt noch ohne Recidiv.

4. Postler, Johann, Bauer, 38 Jahre alt. Beginn des Leidens vor $^3/_4$ Jahren. Von der Mitte der Unterlippe erstreckt sich bis einen Finger breit über den Mundwinkel hinaus ein stark zerklüftetes Geschwür mit derb infiltrirten Rändern. Das Ulcus ist ein Querfinger breit und reicht auch ein wenig in die Oberlippe hinauf. Unterkinndrüsen mässig geschwellt.

29. Juni 1869 Excision. Dadurch entsteht an der Oberlippe ein nach oben gerichteter dreieckiger Defekt, der durch die Naht vereinigt wird, und an der Unterlippe ein grösserer nach abwärts gerichteter dreieckiger Defekt, der durch Wangenlappen nach Jäsche geschlossen wird. Exstirpation der Unterkinndrüsen. Nur geringe Eiterung der Stichkanäle; im ganzen Heilung durch primam reunionem. Am 7. Juli 1869 Entlassung.

Anatomische Diagnose: Carcinoma epitheliale labii inf. Patient starb in seiner Heimath im Jahre 1870 am Recidiv.

5. Scharff, Johann, Bauer, 70 Jahre alt. Vor 3/4 Jahren ein Knötchen an der rechten Unterlippenhälfte, das seit 1/2 Jahre ulcerirt. Das ulcerirte Carcinom nimmt über zwei Drittheile der Unterlippe ein und greift links auch auf die Oberlippe etwas über. Am 30. Juli 1872 Excision. Die Wunde an der Oberlippe kann durch die Naht vereinigt werden. Zur Deckung des Unterlippendefektes wird vom rechten Mundwinkel aus ein Schnitt durch die rechte Wange und parallel mit diesem ein zweiter vom unteren Wundwinkel aus nach aussen geführt. Der so gebildete Lappen wird in den Defekt eingeheftet. Heilung durch p. i. Am 9. August 1872 Entlassung. — Anatomische Diagnose fehlt. Patient starb am 28. Juni 1873 ohne Recidiv.

6. Schön, Kath., Tagelöhnersfrau, 46 Jahre alt. Vor 4 Jahren Knötchen an der linken Unterlippenhälfte, das aufgekratzt wurde und ein Geschwürchen hinterliess. Dasselbe blieb lange klein und wuchs erst in den letzten 3/4 Jahren rascher. An der linken Hälfte der Unterlippe ein tief kraterförmiges Geschwür, das auf die Oberlippe übergreift. Die Umgebung desselben ist 1 Cm. breit derb infiltrirt und setzt sich die Infiltration erheblich in der Mundschleimhaut fort. Drüsen nicht deutlich zu fühlen. 1. August 1872 Exstirpation. Zur Deckung des Defektes wird ein rechter Wangenlappen nach Jäsche gebildet, die Oberlippe in ganzer Ausdehnung unter der Nase von links her abgelöst und die linken Wangentheile durch einen gegen den linken Tragus zugeführten Entspannungsschnitt beweglich gemacht. Vereinigung der so gebildeten Lappen durch Knopfnähte. An sämmtlichen Wunden trat Eiterung ein; am linken Mundwinkel lösten sich die Wundränder in grosser Ausdehnung von einander, so dass ein guldengrosses Loch in die Mundhöhle führte. Nachdem alle Wunden sich nahezu benarbt hatten, wurde die die Oberlippe stark gegen die Wange herabziehende Narbe excidirt und auch der fast ovale linke Mundwinkel angefrischt und neu vereinigt. Im linken Mundwinkel erfolgte wieder keine primäre Vereinigung der Wunde. Patientin wurde am 11. September 1872 mit sehr difformem und wenig zu öffnendem Munde entlassen. Der Aufforderung sich zu weiterer Plastik nach einigen Monaten wieder einzustellen, leistete sie nicht Folge. — Anatomische Diagnose nicht notirt. Starb in der Heimath 22. September 1874 mit Recidiv.

7. Mayer, Andreas, Bauer, 73 Jahre alt. Keine Heredität. Vor 4 Jahren ein linsengrosses Bläschen in der Mitte der Unterlippe. Kräftiger Mann. An der rechten Hälfte der Unterlippe, sowie am Mundwinkel bis 3 Cm. über denselben nach aussen eine Reihe tief ausgefressener Geschwüre mit wallartigen, zum Theil unterminirten Rändern. Die Geschwüre umgeben von einer derben Infiltration, die nach abwärts bis zum Kieferrand, nach aussen bis 1 1/2 Cm. vor den Kieferwinkel reicht. Die Wangen-

schleimhaut ist von der Mitte der Unterlippe bis zum Kieferwinkel, ferner vom Unterkieferrand bis zur Umschlagstelle am Oberkiefer mit dem harten Tumor fest verwachsen. Cervicaldrüsen beiderseits nicht stark vergrössert, verschieblich. Am 17. November 1873 Exstirpation der Geschwulst. Der Defect durch einen linksseitigen Wangenlappen (Jäsche) und einen rechtsseitigen aus dem oberen Theil der Wange entnommenen viereckigen Lappen mit äusserer Basis gedeckt. Am rechten Mundwinkel trat Klaffen der Wundränder in 1 Zoll Länge ein, sonst Heilung durch p. i. Am 11. Dec. Anfrischung und Wiedervereinigung am rechten Mundwinkel, doch blieb in ganzer Ausdehnung die Heilung aus. Am 23. December wurde Patient mit grosser Spalte am rechten Mundwinkel, aus der fortwährend Speichel abfloss, auf einige Zeit entlassen.

Am 3. Juni 1874 kommt er wieder mit Recidiv am rechtsseitigen viereckigen Wangenlappen, das auch am Oberkiefer fest aufsitzt. Auch am Unterkiefer rechts ein thalergrosses zum Theil ulcerirtes Recidiv. In der Regio submentalis eine haselnussgrosse Drüse. Die Spalte am rechten Mundwinkel mittlerweile fast ganz geschlossen; Kiefersperre. In der rechten Schläfengegend und an der rechten Ohrmuschel mehrere Hauthörner. Unter dem rechten Jochbogen eine haselnussgrosse bewegliche Lymphdrüse. Wann das Recidiv aufgetreten, kann nicht ermittelt werden. Es wurde auf dringenden Wunsch des Patienten, operirt zu werden, der Tumor am Unterkiefer rechts und die Lymphdrüsen exstirpirt. Die Exstirpationsschnitte am Unterkiefer waren, wie sich mikroskopisch erwies, noch im Carcinomatösen geführt und es entwickelten sich auch bald wieder Carcinomwucherungen. Da Patient die etwas herabhängende Oberlippe verschmälert haben wollte, wurde aus derselben ein querovales Schleimhautmuskelstück am 22. Juni 1874 excidirt. Von der Operationswunde am rechten Kieferwinkel entwickelte sich am 5. Juli ein Erysipel, das über Kopf und Nacken sich verbreitete. In der rechten Halsgegend mussten einige Drüsenabscesse incidirt werden. Am 27. Juli mit Recidiv entlassen.

Anatomische Diagnose lautete: Plattenepithelialcarcinom. Im Juni 1875 starb Patient am Recidiv des Unterkiefers in seiner Heimath.

8. Weber, Georg, Tagelöhner, 43 Jahre alt. — Seit Frühjahr 1877 kleiner Knoten an der Unterlippe, der sich rasch vergrösserte und aufbrach. Zur selben Zeit soll sich eine Geschwulst am Sternalende der rechten Clavicula entwickelt haben. Es besteht an der Unterlippe ein etwa thalergrosses Geschwür mit zerklüfteten, infiltrirten Rändern, das beiderseits etwa bis zum Mundwinkel und nach unten bis zum unteren Rande des Unterkiefers geht, während die Infiltration nach links erheblich die Mundwinkelgegend überschreitet. Am Sternalende der rechten Clavicula und etwas weiter nach aussen ein ungefähr hühnereigrosser, ziemlich tief liegender Tumor (Sarkom?), der scharf abgegrenzt und in der Mitte elastisch, in der Peripherie härter und etwas höckerig ist.

Am 2. August Operation. Bei Herausnahme des Tumors an der Clavicula gelangt man in eine mit schleimig-eitriger Flüssigkeit und zerfallenen Massen gefüllte Höhle, welche von einem dicken Balg umschlossen ist, in dessen Wand sich an einzelnen Stellen noch kleinere härtere Tumoren finden. Die Cyste ging aus dem Sternalende der Clavicula hervor, so dass der Tumor als ein Cystosarkom der Clavicula erschien. Bei der sehr

grossen Tiefe, in welche sich derselbe erstreckte, und den allseitigen Verwachsungen desselben, wurde in Anbetracht des gleichzeitig bestehenden sehr grossen Carcinoms die Exstirpation des Halstumors aufgegeben, dann das Lippencarcinom in gehöriger Ausdehnung excidirt. Plastik durch zwei Seitenlappen. Die Heilung der Lippenwunde ging gut von Statten. Der offen gebliebene Theil der rechten Seitenwunde verkleinerte sich bald. In dem zurückgebliebenen Sacke am Hals trat eine erhebliche Jauchung ein, die jedoch weiter keine Folgen hatte. Am 8. September 1877 wurde Patient entlassen. Die Halswunde war noch weit offen und entleerte dünnes, übelriechendes Secret. Die neugebildete Unterlippe hatte sich stark nach dem Kinn zurückgezogen.

Anatomische Diagnose der Unterlippengeschwulst: Epithelialcarcinom. Patient starb in seiner Heimath im Frühjahr 1878 am Recidiv des Unterlippencarcinoms.

9. Dierauf, Erhard, 60 Jahre, Ziegeleiarbeiter. Patient ist Pfeifenraucher. In seiner Familie keine Gewächse vorgekommen. Beschuldigt das Arbeiten in grosser Hitze am Ziegelofen als Ursache. Vor 6 Jahren warzige Excrescenzen an der Unterlippe die sich im Sommer 1877 sehr stark vergrösserten. Die ganze Unterlippe des kräftigen Mannes eingenommen von einem grossen, stark papillären Carcinom, welches durch einen parallel dem Lippenrand verlaufenden tiefen Einschnitt in zwei Hälften getheilt erscheint. Beiderseits reicht der Tumor über den Mundwinkel hinaus, besonders rechts, wo er auch auf die Oberlippe übergreift. Zu beiden Seiten unter dem Kiefer und unter dem Kinn haselnussgrosse Drüsentumoren. Am 4. October 1877 Exstirpation des Carcinoms und der Drüsen. Der Ersatz des entstandenen Defectes durch eine Plastik wurde auf später verschoben. Die Vernarbung trat ziemlich rasch ohne Störung ein. Entlassung am 13. October. Am 5. November kam Patient wieder. Wunden ganz vernarbt. Der Verschluss des Mundes ein ziemlich guter. Für gewöhnlich liegt die Oberlippe auf der Narbe auf und sieht man die Unterkieferzähne nicht. Auch Essen und Trinken geht ziemlich gut; nur an der rechten Seite fliessen die Speisen heraus, da hier auch ein Stück der Oberlippe entfernt werden musste. Um den Verschluss des Mundes hier zu vervollkommnen, wurde am 8. November ein Oberlippenlappen eingeheftet. Dieser Lappen heilte nicht an; blieb jedoch trotzdem gut an seiner Stelle liegen. Am 12. November 1877 Patient auf seinen Wunsch entlassen. Die mikroskopische Diagnose lautet: Plattenepithelialcarcinom.

Am 25. Juli 1879 kam er mit Recidiven wieder. Seit mehreren Monaten hatte er unter dem rechten Kieferwinkel einen Knoten bemerkt, der in den letzten 6 Wochen sehr schnell wuchs. Unter dem rechten Kieferwinkel ein eiförmiger Tumor von 8 Cm. Längs- und 6 Cm. Querdurchmesser; derselbe mit der Haut an der Exstirpationsnarbe der Unterkieferdrüsen verwachsen und gegen den Knochen nur wenig verschieblich. In der Unterkinngegend drei erbsengrosse Drüsen, in der linken Unterkiefergegend eine haselnussgrosse Drüse; in beiden Supraclaviculargegenden einzelne erbsengrosse Drüsen. Am 26. Juli wird der Tumor unter dem rechten Kieferwinkel exstirpirt. Derselbe geht ohne deutliche Grenzen in die Unterkieferspeicheldrüse über, welche mit exstirpirt wird. Am Kieferwinkel ist er mit dem Knochen fest verwachsen; letzterer wird in der Länge von

5 Cm. und in der Breite von 1/2 Cm. abgemeisselt. Dann werden die Unterkinn- und linksseitigen Unterkieferdrüsen entfernt und ferner rechts eine und links zwei Supraclaviculardrüsen herausgenommen. Die früher verunglückte Lippenplastik wird wieder versucht und zu dem Behuf zwei Lappen aus der Oberlippe gebildet und nach Anfrischung der Theile am Kinn hier eingeheftet. Nur flüssige Nahrung und Fleischpankreasklystier zur Ernährung. Die eingehefteten Lappen gangränescirten an ihren Rändern und wichen auseinander. Zudem traten bereits am 27. Juli pneumonische Erscheinungen auf und starb Patient am 29. Juli. Sectionsbefund: Lobuläre Pneumonie des rechten Unterlappens, kleine Brandherde in demselben. Geringe rechtsseitige Pleuritis. Lobuläre pneumonische Herde des linken Unterlappens. Lungenemphysem. Dilatation beider Herzhöhlen und Herzostien, sowie der Art. aorta und pulmonalis. Kleine Krebsknötchen der Halslymphdrüsen.

Zur 3. Unterabtheilung gehören 25 Fälle von primären Carcinomen, bei welchen bereits der Unterkieferknochen in irgend einer Weise betheiligt war. 8 mal ist die Zeit ihres Bestehens nicht angegeben; in den übrigen Fällen hatte das Carcinom von 1 1/2 bis 9 Jahre bestanden, im Durchschnitt 30 Monate. Bei der Durchschnittsberechnung ist der Fall Endlein nicht mitgezählt, dessen Carcinom sich nach einer 25 Jahre früher erlittenen Verletzung der Unterlippe entwickelt haben sollte. In 10 Fällen ist die Ausdehnung des Carcinoms nicht näher beschrieben; es ist nur notirt, dass es auf den Unterkiefer übergriff und dass Resectionen desselben nothwendig wurden. Von den übrigen Fällen theile ich hier die Krankengeschichten mit:

10. Endlein, Georg, Schmied, 58 Jahre alt. Aetiologie des Carcinoms oben schon mitgetheilt. Kräftiger, gesund aussehender Mann. In der Mitte zwischen Lippe und Kieferrand ein 2 Cm. breites, 1 1/4 Cm. hohes Geschwür von länglichrunder Gestalt, das die nach unten umgestülpte Unterlippe unterminirt und perforirt und dann auf die äussere Fläche des Unterkiefers in einer Breite von 2 Cm. übergeht. Umgebung des Geschwüres derb infiltrirt mit knötchenförmigen Ausläufern. Der Mentolabialfurche entsprechend rechts 1/2 Zoll lange, links etwas kürzere Narbe; die Kinnhaut in Form eines Dreieckes mit nach abwärts gerichteter Spitze narbig und fest auf dem Knochen aufsitzend. In der Unterlippe findet sich rechts noch ein erbsengrosser isolirter Knoten. In der Regio submentalis eine 2 Cm. lange, derbe, etwas verschiebliche, cylindrische Geschwulst. Submaxillare Drüsen nicht geschwellt. Am 4. Juli 1866 Exstirpation mit Abmeisselung des erkrankten Knochens, wobei die inneren Schneidezähne mit ihren Fächern wegfielen. Vom Lippenroth konnte überall ein schmaler Saum erhalten werden. Der Defect wurde nach Wegnahme des submentalen Drüsentumors durch einen dreieckigen Lappen aus der Unterkinngegend gedeckt. Der Lappen heilte ein; vereinigte sich jedoch nicht primär mit der Knochenfläche. Die Unterlippe wurde durch Schrumpfung des Lappens

später stark nach abwärts gezogen. Am 20. Juli 1866 Entlassung. Anatomische Diagnose: Carcinoma epitheliale.

Am 16. Juni 1867 kam Patient wieder. Es hatten sich in der ersten Zeit nach seiner Entlassung noch einige Abscesse in der Unterkinngegend gebildet, durch die Knochenstückchen sich entleerten. Vor 8 Tagen erfolgte Aufbruch an der rechten Lippenhälfte und am Unterkiefer rechts und kam ein fingergliedlanger flacher Sequester zum Vorschein. Bei der Aufnahme zeigte sich die Unterlippe durch eine tiefe narbige Einziehung bis $^1/_2$ Cm. oberhalb des Kinns in zwei Hälften getheilt, deren Ränder in einem nahezu rechten Winkel einander stiessen. In dieser Lücke lagen die beiden äusseren unteren Schneidezähne frei. An der rechten Unterlippenhälfte, welche als ödematöser Wulst herabhing, eine 3 Cm. tief gegen den Mundwinkel hin eindringende Ulceration. Am Unterkiefer erstreckte sich ein grosser Tumor vom rechten zweiten Backzahn bis zum linken ersten Mahlzahn; mit demselben waren die Weichtheile der Wange, Unterlippe und des Kinns fest verwachsen. Am 20. Juni Exstirpation des Tumors sammt der verdächtig harten Glandula sublingualis sinistr., Resection des Unterkiefers vom zweiten Backenzahn rechts bis zum zweiten Mahlzahn links. Plastik. Erysipel. Abscessbildung in der Parotisgegend beiderseits. Auseinanderweichen in der Mitte der neugebildeten Unterlippe. Von Ende Juli ab pneumonische Erscheinungen mit stinkendem Auswurf. Tod am 15. August 1867. Sectionsbefund: Jauchige Pleuropneumonie mit Brandherden der Lungen.

11. Müller, Katharine, Bauersfrau, 53 Jahre alt. In der Familie ähnliche Tumoren nicht vorgekommen. Vor einem Jahr Knötchen in der Mitte der Unterlippe, aus welchem ein allmählich sich vergrösserndes Geschwür entstand. Decrepides Individuum. Die ganze Unterlippe, die Kinngegend seitlich bis über die Mundwinkel hinaus eingenommen von einer 2 Finger breit prominirenden, überhängenden blumenkohlartigen Wucherung, welche mit einem die ganze Breite der Lippe einnehmenden Stiele, vorzugsweise am Lippenroth, aufsitzt. In der Schleimhaut weitgehende Ulceration, dieselbe verbreitet sich in der Mitte über die Umschlagsstelle hinaus aufs Zahnfleisch. Die mittleren Schneidezähne fehlen, die äusseren sind gelockert. Am 10. März 1868 Exstirpation mit Abmeisselung erkrankter Theile des Kiefers. Zur Deckung des grossen Defectes wurden zwei Wangenlappen und die Kinnhaut benutzt. Die Wangenlappen heilten mit geringer Eiterung ein. In der Mitte der Unterlippe, wo die drei Lappen zusammenstiessen, hatte sich durch Gangränescenz und Auseinanderweichen der Lappenränder eine Lücke gebildet, in welcher der blossgelegte Knochen zu Tage trat. Am 30. März wurde Patientin mit granulirenden Wunden entlassen.

Anatomische Diagnose: Epithelialkrebs. Patientin lebt mit Recidiv (?). Die Nachrichten lauten: Die Geschwulst entstand an der nämlichen Stelle im Jahre 1873 wieder; griff jedoch auch nicht weiter.

12. Stocker, Georg, Knecht, 49 Jahre alt. Seine Mutter soll an der rechten Schläfengegend seit einigen Jahren ein tiefgreifendes Geschwür, das bis zur Augengegend reicht, haben. Patient, der nicht raucht, bekam vor 6 Jahren eine Schrunde an der Unterlippe, aus der sich ein Geschwür entwickelte. Die ganze Unterlippe von einem enormen vielfach zerklüfteten,

mit grobwarzigen Wucherungen versehenen Geschwüre überzogen. Es setzt sich beiderseits auch noch eine Strecke weit in die Wangenschleimhaut fort; auch der Knochen erscheint in den carcinomatösen Process hineingezogen. In der Unterkinngegend ein halbfaustgrosser Tumor, der verhältnissmässig weich und an einzelnen Stellen fluctuirend ist. Die Haut über ihm etwas verschieblich, entzündlich geröthet. Ein weiterer faustgrosser Tumor am linken Unterkieferwinkel. Beide Tumoren stehen mit dem Geschwüre an der Unterlippe in Verbindung. Ernährungszustand befriedigend. Am 29. April 1868 Exstirpation der ganzen Neubildung mit Resection des Unterkiefers in der Ausdehnung von der Gegend der rechten Backenzähne bis zum zweiten Mahlzahn linkerseits. Die Wangenschleimhaut musste linkerseits weithin geopfert werden, ebenso die Schleimhaut des Mundhöhlenbodens und ein Theil der an das Kinn sich inserirenden Musculatur. Die Exstirpation der erweichten Tumoren am Halse machte erhebliche Schwierigkeiten, da sie einrissen und nach der Entleerung ihres Inhaltes collabirten; namentlich war die Auslösung schwierig in der Gegend oberhalb des Kehlkopfes. Durch die Zunge war eine Ansa gelegt worden. Zur Deckung des grossen Defectes wurden zwei seitliche Wangenlappen abpräparirt. Der Schnitt hierzu wurde rechts vom Mundwinkel nach oben convex unter dem Jochbogen bis zum Tragus, links nicht so weit gegen das Ohr hingeführt. Die Schleimhaut wurde dabei möglichst hoch oben durchtrennt. Vor der Vereinigung war es noch nothwendig geworden, ein 2 Cm. breites Stück des rechten stark vorspringenden Unterkieferstumpfes wegzunehmen. Nach der Ueberbrückung des Defectes durch die breiten Lappen wurde die Unterlippe in folgender Weise gebildet: Abtrennen des Oberlippenrothes vom linken Mundwinkel bis nahe an den rechten, Ausschneiden eines Keiles aus der Oberlippe behufs glatter Vereinigung des Lippenrothes, Verschiebung des letzteren nach links so weit, dass ein nahezu 2 Cm. langes Stück an den oberen Rand der beiden Wangenlappen angeheftet werden konnte; rechts wurde noch eine Strecke weit der Wangenlappen mit Schleimhaut, die hier reichlicher vorhanden war, umsäumt. Die Halshaut wurde von unten her anfangend in senkrechter Richtung theilweise genäht. Unterhalb der Vereinigungslinie der Wangenlappen blieb jedoch ein ziemlich grosses Loch, durch das die Ansa herausgeleitet wurde. Die Wangenlappen heilten p. i. ein und ging es in den ersten Tagen dem Patienten sehr gut. Dann aber trat bei mässigem Fieber Jauchung des im Wundsack angesammelten Secretes ein und starb Patient am 5. Mai plötzlich, während er auf dem Nachtstuhl sass. Bei der Section wurde gefunden: Carcinom einzelner Halslymphdrüsen, leichtes Lungenemphysem und Bronchialkatarrh, Hämorrhagie beider Nebennieren.

Anatomische Diagnose der Lippengeschwulst: Carcinoma epitheliale.

13. Bühlmeyer, Adam, Zeugmacher, 45 Jahre alt. Heredität nicht nachweisbar. Beginn des Leidens vor 1½ Jahren. Ernährungszustand nicht besonders gut. An der Unterlippe ein guldengrosses unebenes Geschwür. Die ganze Unterlippe ausserdem derb infiltrirt; die Infiltration setzt sich nach unten auf die Unterkiefergegend, nach aussen zu den Kieferwinkeln fort, wo sich noch wallnussgrosse harte Knoten finden. Unterhalb der Spina mentalis ext. zwei kreuzergrosse trichterförmige Ulcerationsöffnungen, die Jauche entleeren und deren eine auf den blossliegenden rauhen Unter-

kieferknochen führt. Die Kiefer können höchstens eine Linie weit voneinander entfernt werden. Am 13. August 1871 wurde durch zwei von den Mundwinkeln gegen das Zungenbein herablaufende Schnitte (bis auf den Kiefer dringend), Ablösen der erkrankten Partien vom Knochen, Abmeisseln des Unterkieferrandes und Excision eines grossen Theiles der zwischen Kiefer und Zunge liegenden Weichtheile die Neubildung entfernt. Die Unterlippe wurde durch zwei Jäsche'sche Lappen ersetzt. Der offen bleibende untere Theil der Operationswunde mit Kal. caust. geätzt. Im Wundverlaufe ereignete sich nichts Besonderes, ausser dass der linke Wangenlappen sich oben löste, wiederholt ohne Erfolg angefrischt und geheftet wurde. Am 20. September wurde Patient entlassen. Es hieng die Unterlippe linkerseits stark ödematös weit herab und in der nicht gehefteten Wunde am Halse hatte sich bereits Recidiv entwickelt.

Anatomische Diagnose fehlt. Patient starb in seiner Heimath am 6. December 1871 am Recidiv.

14. Dengler, Margar., Bauersfrau, 53 Jahre alt. Vor 9 Jahren Bläschen oder Wärzchen an der Unterlippe, seit einem halben Jahre rascheres Wachsthum. Ein grosses Carcinom nimmt die Unterlippe ein, ferner die Weichtheile des Kinns, zum Theil auch der rechten und linken Wange, erstreckt sich in der Wangenschleimhaut nach links fast bis zum aufsteigenden Kieferast und geht noch unter dem Kinn in die Unterkinndrüsen, sowie auch an der Innenseite des Unterkiefers auf einen beträchtlichen Theil der Unterzungenweichtheile über. Das ganze vordere Unterkieferstück ist von den Carcinommassen umwachsen und zum Theil durch dieselben zerstört. An der Unterlippe in der Gegend des linken Mundwinkels und von da bis zum Kieferrande in grosser Ausdehnung Ulceration. Sehr schlechter Ernährungszustand. Am 18. Januar 1872 wird das Carcinom zunächst umschnitten; dadurch wird der Unterkiefer links dicht vor dem Winkel, rechts etwa in der Mitte zwischen Kinn und Winkel frei gelegt und an diesen Stellen durchsägt und mit dem an ihm haftenden Tumor herausgenommen. An der rechten Seite zeigt sich der Unterkieferstumpf noch krank und wird hier noch ein grosses Stück abgetragen. Danach Bildung der Lippe durch einen aus der rechten Backe entnommenen Bruns'schen Lappen, der dadurch entstandene secundäre Defect wird durch einen Lappen aus der rechten Jochbeingegend geschlossen. Dann wird links ein grosser, durch einen halbkreisförmigen Schnitt (Convexität nach oben aussen) umschriebener Lappen gebildet, und nachdem dieser nach unten verschoben ein zweiter ebenso geformter Lappen aus der Schläfe zur Deckung des secundären Wangendefectes ausgeschnitten. Der unter dem Kinn liegende Wundrand kann grösstentheils mit den transplantirten Lappen vereinigt werden, nur links bleibt ein zwei Zoll langes Loch.

Der Wundverlauf war ein sehr günstiger; alle Lappen heilten primär ein. Da die etwas geschwollene Zunge über die neugebildete Unterlippe hervorstand und nicht in den Mund zurückgezogen werden konnte, wurde am 13. Februar die Operation der Makroglossie durch Excision eines Keiles aus der Zungenspitze gemacht. Am linken Backen hatte sich der Unterkieferrest in die Wangentheile eingebohrt und machte der Patientin erhebliche Schmerzen; es wurde deshalb noch ein 2 Cm. langes Stück am 27. Februar abgetragen. Gleichzeitig wurde zum Verschluss des am Halse

befindlichen Defectes aus der rechten Halshaut ein Lappen ausgeschnitten, in den Defect geschwenkt und eingeheftet. Er heilte fast vollständig ein und konnte Patientin am 15. März mit gut granulirender Wunde am Halse entlassen werden. Am 29. April 1872 stellte sie sich wieder vor. Alles benarbt. Schlucken und Athmen waren etwas erschwert, der Mund ziemlich eng. An der linken Halsseite fanden sich mehrere härter anzufühlende Stellen (wahrscheinlich Recidive).

Anatomische Diagnose nicht notirt. Patientin starb „in Folge Krebsleidens an Wange, Lippe und Unterkiefer" in ihrer Heimath am 26. November 1872.

15. Spiess, Johann, Bader, 36 Jahre alt. Vor 2 Jahren in der Mitte der Unterlippe kleine mit Borke bedeckte Schrunde, aus der sich ein allmählich grösser werdendes Geschwür entwickelte. Vor ein Vierteljahr bildete sich eine Geschwulst am linken Unterkieferrand von Wallnussgrösse, die rasch an Umfang zunahm und vor 3 Wochen von einem Arzte aufgeschnitten wurde. Das Lippenroth und die Schleimhaut fast in ganzer Breite (nur rechts ein schmales Stück intact) ulcerirt. Die Ulcerationen sind nur ganz seicht, doch ist die Umgebung hart infiltrirt. Auf der linken Wange, vor und unter dem Ohre bis über den Unterkieferrand nach dem Hals herab die Weichtheile zu einem ovalen Tumor geschwellt, in der Länge 12, in der Breite 8—9 Cm. messend, mit welchem die geröthete und infiltrirte Haut fest verwachsen ist. Der Tumor ist hart, auf Druck sehr empfindlich, an seinem inneren unteren Winkel eine Fistelöffnung, durch welche die Sonde nur in weiches Gewebe eindringt. Unter dem Ohrläppchen liegt noch ein nussgrosser scharf abgegrenzter Tumor auf dem grösseren auf. In der Fossa supraclavicul. eine nussgrosse Drüse. Ueber der linken Lungenspitze Dämpfung mit verschärftem Athmen. Linkes Hüftgelenk in Beugecontractur. Am 20. Februar 1873 Excision des Lippencarcinoms. Die Lippe kann noch durch einfaches Herausnähen der Schleimhaut wieder hergestellt werden. Ferner Exstirpation des Wangentumors, der stark erweicht, zum Theil zerfallen ist. Die Parotis von der Neubildung durchsetzt. Es gelingt deshalb deren Ausschälung nicht vollkommen. Am Unterkiefer wird eine usurirte Partie mit dem Meissel abgetragen. Die Drüse über der Clavicula gleichfalls weggenommen. Die Wunde blieb offen, wurde mit Eisenchloridtampon ausgestopft. Heilung der Lippenwunde durch p. i.; an der Wangenwunde bildeten sich bald schöne Granulationen, bald jedoch auch namentlich in der Parotisgegend Recidivs verdächtige Knollen, die mit Kal. caust. zerstört wurden. Die harte Infiltration setzte sich nach hinten bis zum Proc. mast. fort. Da eine nochmalige Operation nicht rathsam erschien, wurde Patient am 18. März 1873 ungeheilt entlassen.

Anatomische Diagnose: Carcinom. epithel. labii infer., Glandul. lymphat. colli et parotid. sin. Patient starb mit Recidiv am 30. April 1873 in seiner Heimath.

16. Strobel, Michael, Bauer, 70 Jahre alt. Pfeifenraucher. Keine hereditären Momente. Im Mai 1873 acute Anschwellung der Lippe, aus der ein allmählich sich vergrösserndes Ulcus entstand. Seit 10 Wochen Tumor in der Regio submaxill. sin. — Kräftiger Mann. Die Unterlippe ist vollständig in zwei 10 Cm. von einander entfernte Theile getheilt. Die bei-

den Trennungsflächen der Unterlippe, deren Lippenroth und das rechte. äussere Drittel der Oberlippe von einer grobpapillären, harten Ulcerationsfläche eingenommen. In dem Defect liegt das fast ganz mit papillären Wucherungen besetzte Mittelstück des Unterkiefers 7 Cm. breit frei; an der hinteren Fläche desselben gleichfalls ein harter Tumor. Die Zähne zum Theil ausgefallen, zum Theil nur ganz lose im Kiefer steckend. Die Wangenschleimhaut ist links ganz, rechts zum grossen Theil in den Tumor aufgegangen. In der linken Regio submaxillaris eine hühnereigrosse, zum Theil fluctuirende, auf dem Kiefer nicht verschiebbare Geschwulst, die mit der gerötheten und verdünnten Haut verwachsen ist. In der rechten Unterkiefergegend ein taubeneigrosser, gleichfalls mit der Haut verwachsener Tumor; ein wallnussgrosser verschieblicher in der Fossa jugularis.

Am 22. September 1874 Umschneidung der Geschwulst, Durchsägung des Unterkiefers beiderseits in der Gegend der Backenzähne. Die Submaxillargeschwulst beiderseits zerfallen, Höhlen mit papillärem Grunde und dünnem bräunlichen Inhalte bergend, greifen so sehr in die Tiefe, dass nicht alles Carcinomatöse entfernt werden kann. Vor der Ablösung der Genioglossi wird ein Faden durch die Zunge gezogen. Die zurückgebliebenen carcinomatösen Partien werden noch möglichst mit dem scharfen Löffel entfernt. Der entstandene colossale Defect wird zum Theil durch Wangenlappen gedeckt. Die so hergestellte Unterlippe kann nicht mit Schleimhaut umsäumt werden. Die Schleimhaut des Mundbodens wird in den offengebliebenen Theil der Wunde eingenäht, damit die Zunge einigen Halt hat und die Mundsecrete gut nach unten abfliessen können. Zum Schlusse wird der gleichfalls im Inneren zerfallene Tumor in der Fossa jugularis geöffnet und, da er sich bis in die Regio supraclavicularis erstreckt, nur zum Theil exstirpirt. Am Nachmittag musste wegen häufigen Zurücksinkens der Zunge noch die Tracheotomie gemacht werden. Am 23. September Morgens 8 Uhr starb der Patient an Collaps. Die Section constatirt die carcinomatösen Reste am Halse und normalen Befund der inneren Organe.

Mikroskopische Untersuchung der Neubildung ergab: Epithelialcarcinom.

17. Kuttner, Adam, Oekonom, 65 Jahre alt. Starker Raucher. In der Familie keine Gewächse erblich. Vor 2 Jahren Knötchenbildung rechts an der Unterlippe. Dieselbe ist bei seiner Aufnahme am 12. Juli 1878 fast ganz von einem tief zerklüfteten Geschwür mit stark infiltrirten Rändern eingenommen. Das Carcinom erstreckt sich in geringer Ausdehnung auch auf die Oberlippe, nach abwärts bis zum Kinn und scheint auf den Unterkiefer überzugehen. Beiderseits und in der Mitte bestehen unter dem Unterkiefer Drüsentumoren. Am 17. Juli Excision des Carcinoms; der Unterkiefer zeigt sich rechts von der Mittellinie in der Grösse eines Fünfpfennigstückes ulcerirt. Die erkrankte Partie mit dem Meissel abgetragen. Exstirpation der Drüsentumoren. Plastik durch Bildung eines rechteckigen Lappens aus der Halshaut. Zur besseren Einfügung des Lappens musste noch ein Stück der stark prominirenden Vorderfläche des Unterkiefers mit der Stichsäge abgetragen werden. In den auf die Operation folgenden Tagen hohes Fieber, Schmerzen auf der Brust und mitunter ziemlich hochgradige Dyspnoe. Am 21. Juli Morgens starker Collaps; um 9 Uhr Tod.

Sectionsbefund: Brandherde beider Lungen mit ausgedehnter Verschorfung der Pleura, Fremdkörper (Speisereste) in den Bronchien, linksseitige eitrige Pleuritis. Starke Bronchitis, besonders der feineren Aeste. Geringe Atrophie der Leber, Milz und Nieren, kleines Myom des Magens.

Mikroskopische Diagnose der Lippengeschwulst: Plattenepithelialcarcinom.

18. Koller, Georg, Söldner, 38 Jahre alt. Starker Raucher. Keine Heredität. Vor zwei Jahren ein Knötchen in der Mitte der Unterlippe. Das Carcinom nimmt fast die ganze Unterlippe ein, reicht bis zum Kinn und sitzt auf dem Knochen auf. Am 23. September 1878 Excision, Abmeisselung der erkrankten Partien am Unterkiefer, Exstirpation der regionären Lymphdrüsen. Plastik vorläufig nicht gemacht. Wundverlauf ohne Störung. Am 16. October entlassen, für später zur Ausführung der Plastik wieder bestellt. Anatomische Diagnose nicht eingetragen.

Am 28. November kommt Patient wieder. Wunde vernarbt. Der ganze Kinntheil des Unterkiefers durch den Defect entblösst. Starre, namentlich am rechten Rande des Defectes gelegene Narbenmassen hindern die Bewegungen des Unterkiefers, der kaum 1 Cm. weit vom Oberkiefer entfernt werden kann. Keine Recidive. Es wird nun theils um den Defect besser decken zu können, theils um ein weiteres Oeffnen des Mundes zu ermöglichen, zunächst die gesunde rechte Unterkieferseite resecirt, danach durch zwei grosse Lappen aus der Wange und Halshaut der Defect gedeckt. Am Hals bleibt die Wunde zum Theil offen. Ernährung per rectum durch Fleischpankreasklystiere. Die Nähte in der Mitte lösten sich bald zum grössten Theil unter leichtem Fieber und Gangränesciren der Wundränder; nach einiger Zeit erst Reinigung der Wunden, Heilung durch Granulation. Der Effect der Plastik kein grosser, da auch der Mund nicht viel weiter geöffnet werden kann. Nach 8 Wochen Entlassung.

Patient starb an „seiner Geschwulst im Gesicht, am Unterkiefer und linker Wange“ am 16. Juni 1879 in seiner Heimath.

19. Weissbeck, Johann, Tagelöhner, 41 Jahre alt. Seit einem Jahr an der Unterlippe rechts zuerst ein Bläschen, dann kleine Prominenzen, die sich Patient immer wegnehmen liess; allmählich bildeten sich immer mehr und wuchsen schliesslich zu einer grossen Geschwulst zusammen. Ein ähnlicher Fall in der Verwandtschaft nicht bekannt. Die Pfeife wurde im linken Mundwinkel getragen. Bei geschlossenem Munde ist nur am rechten Mundwinkel eine kleine Ulceration zu sehen, nach Eröffnung des Mundes findet sich ein warziger Tumor auf der Lippen- und Wangenschleimhaut, der sich hauptsächlich nach unten erstreckt und im Munde auch auf die rechte Unterkieferhälfte übergreift. Unter dem Kinn und unter der rechten Unterkieferseite vergrösserte Drüsen. Operation am 9. Januar 1879 in folgender Weise: Nach Excision des Carcinoms an der Lippe wird ein Schnitt vom Mundwinkel zum Kieferrande und längs desselben bis zum Ohrläppchen geführt; dann Exarticulation der rechten Unterkieferhälfte, Abtragung der erkrankten Wangenschleimhaut. Exstirpation der Drüsen, Vernähung der Wunden. Nur die Halswunde bleibt offen und wird von derselben aus rechts ein Gummirohr zum Abfluss der Secrete in die Mundhöhle geführt. Die Unterlippe fällt knapp aus. Von einer Plastik wird abgesehen, weil der Patient in Folge des starken Blutverlustes sehr heruntergekommen

ist. Ernährung per rectum durch Fleischpankreasklystiere, per os nur Klärflüssiges. Vollkommene Heilung der vernähten Wunden, guter Abfluss des Secretes durch das Rohr, das am 8. Tage entfernt wird. Sprache schlecht verständlich. Nach 14 Tagen Entlassung. Patient kann mit der linken Kieferhälfte ganz gut beissen. Die Entstellung gering.

Anatomische Diagnose: Plattenepithelkrebs. Patient lebt noch ohne Recidiv (Januar 1881).

20. Herbst, Johann, Bauer, 49 Jahre alt. Beginn des Leidens vor einem Jahre. Keine Ursache bekannt, keine Erblichkeit. Patient raucht viel Pfeife und zwar immer links; hier blieb seiner Angabe nach die Lippe am längsten gesund. Fast die ganze Unterlippe sehr verhärtet und namentlich am Lippenroth stark geschrumpft; auf der etwas unregelmässigen Oberfläche nur einzelne kleine mit Borken bedeckte Excoriationen. Die derb infiltrirten Theile sind mit dem Knochen verwachsen; die sie bedeckende Haut blauroth. Unterkinn- und beiderseitige Unterkieferdrüsen vergrössert und verhärtet. Ernährungszustand gut. Am 2. Januar 1880 Exstirpation; dieselbe erfordert Wegnahme der ganzen Unterlippe bis zum Kinn, Abmeisselung des Unterkiefers sammt dem Alveolarfortsatz in einer Breite von 3 Cm., in einer Höhe von 2 Cm. in der Gegend der Schneidezähne. Auch am Kinn muss eine Schicht vom Knochen abgemeisselt werden. Zur Deckung des nahezu viereckigen Defectes wird ein viereckiger Lappen aus der Halshaut (nach Langenbeck) mit der Basis nach rechts ausgeschnitten. Von dieser Wunde aus werden die Unterkinn- und Unterkieferdrüsen beiderseits herausgeholt. Einheftung des Lappens. Ausspülungen des Mundes mit Lösungen von Kal. hypermang. Ernährung per os durch klare Flüssigkeiten, per rectum durch Fleischpankreasklystiere. Wundverlauf sehr gut, in den ersten Tagen mässiges Fieber. Acme am 3. Tage mit 39,3. Primäre Einheilung des Lappens, dessen linker oberer Rand höher steht als der rechte. Am 16. Januar Entlassung.

Anatomische Diagnose: Plattenepithelialcarcinom.

Am 2. December 1880 kommt Patient wieder mit einem grossen Recidiv, das vor 2 Monaten entstand, am linken Unterkiefer; es beginnt drei Querfinger breit von der Mittellinie und reicht bis über den letzten Mahlzahn hinaus. Es ist im Munde am prominentesten, von aussen nur als welschnussgrosser, dem Kiefer fest aufsitzender Knoten zu fühlen, über welchem sich die Haut noch verschieben lässt. In den Unterkiefergegenden und unter dem Kinn keine Drüsen zu fühlen. Der Effect der früheren Lippenplastik ist ein guter, Eröffnung des Mundes, wie dessen Verschluss gelingt gut. Die Oberlippe bedeckt zum Theil die Unterlippe, namentlich links, wo der obere Rand stark nach innen umgeschlagen ist. Patient wollte sich nicht mehr operiren lassen und wurde darum gleich wieder entlassen.

21. Windsheimer, Leonhardt, Bahnexpeditor, 79 Jahre alt, ist Pfeifenraucher und trägt die Pfeife im rechten Mundwinkel. Erblichkeit ausgeschlossen. Vor 4 Jahren Beginn des Leidens. Verhältnissmässig noch kräftiger Mann. Das Unterlippenroth fast in ganzer Ausdehnung ganz oberflächlich ulcerirt. Die Ulcerationsfläche ist roth und zeigt viele ganz kleine, etwas tiefer liegende gelbe Punkte. Die Geschwürsränder nur ganz leicht erhaben und infiltrirt. In der Mitte des linken horizontalen Unterkiefer-

astes eine auf dem Knochen fest aufsitzende, welschnussgrosse, auf Druck sehr schmerzende Geschwulst, über welcher die Haut noch verschoben werden kann. Unter dem Kiefer beiderseits und in der Mitte mehrere erbsen- bis bohnengrosse Drüsen. Katarakt am rechten Auge, linkerseits oben operativer Defect der Iris, von Linearextraction herrührend. Operation am 7. August 1880. Excision des erkrankten Lippenrothes in gehöriger Ausdehnung. Die Lippe kann wieder gebildet werden durch einfaches Herausnähen der Schleimhaut. Ferner Exstirpation des Unterkiefertumors mit Messer und Meissel. Aus dieser Wunde werden noch einige Drüsen herausgeholt. Zur Exstirpation der Drüsen unter dem Kinn und in der rechten Unterkiefergegend werden besondere Schnitte angelegt. Wunden heilten ohne Reaction; am 21. August geheilt entlassen.

Anatomische Diagnose: Plattenepithelkrebs.

Am 23. November 1880 kommt Patient wieder mit einem über nussgrossen Recidiv am linken Unterkiefer. Dasselbe ist mit der Haut und der Exstirpationsnarbe fest verwachsen und sitzt dem Knochen fest auf. An der Unterlippe lineäre Narbe, kein Recidiv. Unter dem Kinn eine erbsengrosse Drüse; linke Submaxillargegend frei von Drüsen. Am 24. November Resection der linken Unterkieferhälfte; die Durchtrennung wird am linken äusseren Schneidezahn mit der Stichsäge gemacht und dann nach Ablösung des Tumors von den gesunden Weichtheilen der Kiefer exarticulirt. Mit dem Tumor wurde ein ziemlich grosses elliptisches Hautstück exstirpirt. Aus der Unterkinngegend wurden mehrere harte Drüsen und auch die verdächtig harte linke Unterkieferspeicheldrüse aus der bereits vorhandenen Wunde herausgeschält. Darauf zuerst Naht der Wangenschleimhaut in ganzer Ausdehnung mit Catgut, wobei die Knoten nicht auf die Schleimhautfläche, sondern in die Wunde zu liegen kommen. Die Haut wurde mit Seidennähten vereinigt und zwar so, dass eine Nahtlinie vom Ohrläppchen zum Kinn, eine zweite diese schneidend und unterhalb der Mitte der Wange beginnend zur Mitte des vorderen Kopfnickerrandes herabläuft. Im untersten Wundwinkel Einlegen eines Gummirohres. Durch die Zunge war eine Ansa gelegt worden. Der Wundverlauf fast fieberlos, im Ganzen sehr günstig. Nur unter dem Kinn hatte sich ein Eitersack gebildet, der am 27. November incidirt wurde. Patient befindet sich noch in der Klinik (Januar 1881). Die Wunde ist fast vollkommen geheilt, nur besteht in der linken Unterkiefergegend noch eine Fistelöffnung, aus welcher sich vom Ohr her noch etwas dicker Eiter hervordrücken lässt. Die Schleimhautwunde heilte vollständig p. i., so dass nie eine Communication der Wunde mit der Mundhöhle eintrat. Patient befindet sich im Ganzen wohl, nur hat er über heftige Schmerzen zu klagen, die in der Gegend vor dem Ohre beginnen und über die ganze linke Kopfseite ausstrahlen. Der Mund kann sehr gut geöffnet werden; die Unterkieferzähne kommen etwas nach einwärts von der Oberkieferzahnreihe zu liegen. Entstellung sehr gering.

22. Leidel, Adam, Viehhändler, 59 Jahre alt, liess sich von einem Pfuscher sein Carcinom der Unterlippe behandeln. Dieser applicirte eine intensiv wirkende Aetzpaste, die linkerseits einen beträchtlichen Defect der Unterlippe setzte, welcher benarbte. In dem Defect der Unterlippe liegt der Alveolarfortsatz zu Tage, das an die Lücke angrenzende Lippengewebe derb, hart infiltrirt. Der untere Rand der Lücke mit dem Unterkiefer-

alveolarfortsatz verwachsen. Die Drüsen der linken Submaxillargegend deutlich zu fühlen und von härtlicher Consistenz. Kräftezustand gut. Am 19. August 1880 werden die verhärteten Partien umschnitten und auch der Theil des Alveolarfortsatzes, an welchem der Defectrand adhärirt, mit dem Meissel abgetragen. So entsteht ein viereckiger Defect, der zwei Drittheile der Unterlippe einnimmt und links zum Mundwinkel reicht. Derselbe wird dadurch gedeckt, dass vom unteren Wundrande nach rechts und links horizontal eingeschnitten und ausserdem diesen Schnitten parallel die Mundspalte nach beiden Seiten hin verlängert wird. Die so gebildeten rechteckigen Lappen werden eingeheftet, nachdem noch an den oberen Rändern soweit es nöthig, die Schleimhaut herausgesäumt ist. Die Exstirpation der Drüsen wird vorläufig nicht gemacht, um durch die dazu nöthigen Schnitte nicht die Ernährung der Lappen zu gefährden. Ganz unbedeutendes Wundfieber. Heilung durch p. i. Auf sein Verlangen wird Patient am 28. August entlassen, mit der Weisung bald zur Entfernung der Drüsen wiederzukommen.

Anatomische Diagnose nicht notirt. Patient lebt mit Recidiv. Er hat an der linken Seite des Halses eine Drüsengeschwulst, welche schmerzhaft ist.

23. Russ, Kaspar, Kaminkehrer, 48 Jahre alt. Beginn des Leidens vor 4—5 Jahren ohne bekannte Ursache. Raucher ist Patient nicht. Das Lippenroth, die Unterlippenschleimhaut und das gegenüberliegende Zahnfleisch in einen in der Mitte tief ulcerirten, sonst harten Tumor umgewandelt. Derselbe sitzt am Unterkiefer theilweise fest. Unter dem Kinn und in beiden Submaxillargegenden erbsen- bis bohnengrosse harte Drüsen. Ernährungszustand gut. Am 17. November 1880 Exstirpation durch Keilschnitt; rechts kann ein 1 Cm. breites Stück der Unterlippe erhalten werden, links dagegen überschreitet der Schnitt den Mundwinkel. Der mit der Geschwulst zusammenhängende Theil des Kiefers, nämlich der Alveolarfortsatz der Schneidezähne und der unter diesem liegende Theil wird mit dem Meissel abgetragen; nur am unteren Kieferrand bleibt eine schmale Knochenbrücke erhalten. Plastik durch zwei seitliche Lappen nach Jäsche. Vor Vereinigung derselben werden aus den drei genannten Gegenden von den bereits vorhandenen Wunden aus die vergrösserten Drüsen hervorgeholt. Auch die rechte Unterzungenspeicheldrüse, die verhärtet erscheint, wird herausgeschält. Darauf Einheftung der oben umsäumten Lappen; die Schleimhaut des Mundhöhlenbodens unter der Zunge wird über dem zurückgebliebenen schmalen Mittelstück des Unterkiefers mit der Schleimhaut der transplantirten Lappen vereinigt. Vollkommene Heilung durch prima intent. Entlassung am 23. November 1880.

Anatomische Diagnose nicht eingetragen.

24. Breit, Wendelin, Altsitzer, 84 Jahre alt, raucht seine Pfeife im rechten Mundwinkel. In der Familie kein ähnliches Leiden vorgekommen. Das seinige begann vor 2 Jahren. Die Unterlippenweichtheile fast in ganzer Ausdehnung von einer mehrfach knolligen, in der Mittellinie wie narbig geschrumpften derben Infiltration eingenommen, die auf dem Unterkiefer angeheftet ist. Die Schleimhaut an der Tumorfläche der Lippe fast ganz intact. Es besteht eine geringe, oberflächliche Ulceration an einzelnen Stellen. In beiden Unterkiefergegenden bohnen- bis haselnussgrosse verschieb-

liche Drüsen; auch in der Unterkinngegend einige kleinere zu fühlen. Fettgewebe spärlich, Musculatur schwach.

Am 18. November 1880 Exstirpation mit Abmeisselung mehrerer verdächtiger Stellen von der äusseren Oberfläche des zahnlosen Unterkiefers. Der dadurch entstandene nahezu viereckige Lippendefect, der von einem Mundwinkel zum anderen und herab bis zum Kinn reicht, wird durch einen rechteckigen Lappen aus der Halshaut mit der Basis nach rechts (nach Langenbeck) gedeckt. Von der Halswunde aus werden die vergrösserten Unterkinn-, sowie die Unterkieferdrüsen beiderseits exstirpirt. Nach Einheftung des Lappens bleibt ein 5 Cm. langer und 3 Cm. breiter Hautdefect der Unterkinngegend. Die Heilung erfolgte ziemlich gut. Nur an der linken Seite gangränescirte der obere Lappenrand und erlitt dadurch die Unterlippe nahe am Mundwinkel eine Einkerbung. Am 5. December 1880 mit granulirenden Wunden entlassen.

Anatomische Diagnose: Plattenepithelialcarcinom. Drüsen nicht carcinomatös.

Was die Betheiligung der regionären Lymphdrüsen anlangt, so sind in 42 Fällen Anschwellungen und Verhärtungen derselben notirt; hierzu kommen noch 6 Fälle, in welchen die Drüsen nicht von Aussen zu fühlen waren, sondern erst nach dem Einschneiden vergrössert befunden wurden. 33 mal ist notirt, dass keine vergrösserten Drüsen von aussen zu fühlen waren und in 50 Fällen sind diesbezügliche Bemerkungen nicht vorhanden. In wie weit die Drüsen je nach dem Grade der Ausdehnung des Carcinoms betheiligt waren, ist aus folgender Tabelle ersichtlich:

Sitz und Ausdehnung des Carcinoms	Submaxillardrüsen		Unterkinndrüsen	Rechte und linke Unterkieferdrüsen	Rechte Unterkiefer- u. Unterkinndrüsen	Linke Unterkiefer- u. Unterkinndrüsen	Alle drei Drüsengruppen	Keine Drüsenschwellung
	rechte	linke						
Rechte Unterlippenhälfte.	1	—	2	2	—	—	1	9
Linke Unterlippenhälfte.	—	1	—	5	—	—	3	5
Mitte der Unterlippe.	—	2[1])	4	2	—	1	2[2])	12
Die ganze oder fast ganze Unterlippe einnehmend.	—	2	2	2	—	1	—	5
Auf Oberlippe und Wange übergreifend.	—	—	1	1	—	—	1	2
Auf den Knochen übergreifend.	1	2[3])	—	2[4])	1	—	6	—

1) Bei einem dieser beiden Fälle sollte die Drüsenschwellung schon seit 15 Jahren in gleicher Grösse bestehen, während das Carcinom erst ein Jahr alt war.

2) Einmal fanden sich ausserdem noch Drüsentumoren in der Nackengegend.

3) Bei einem dieser Patienten waren auch die Lymphdrüsen vor dem linken Ohre ergriffen.

4) Es fand sich bei einem dieser Patienten auch ein Drüsentumor in der Fossa jugularis.

Die Behandlung der Carcinome war, wo es irgend noch die Ausdehnung gestattete, eine möglichst radikal operative. Man hielt sich bei der Exstirpation stets in erheblicher Entfernung von den nachweisbaren Grenzen der Neubildung.

Bei den Carcinomen von geringer Ausdehnung wurde die Excision gewöhnlich in Keilform gemacht. Dies geschah in 55 Fällen; 9 mal wurde das Carcinom durch bogenförmige Schnitte entfernt. 33 mal ist über die Methode der Excision nichts näheres erwähnt. In 18 Fällen war nach der Excision keine Plastik nöthig geworden und liessen sich die Wundränder einfach durch die Naht vereinigen. 34 mal wurde bei bestehendem dreieckigen Defekt die Plastik in der Weise ausgeführt, dass Wangenlappen durch vom Mundwinkel aus nach aussen und unten geführte Bogenschnitte, welche den Kieferrand vor der Arteria maxillaris externa kreuzten, gebildet wurden. Diese Lappen wurden an ihrem oberen Rande, soweit nicht noch Lippenroth vorhanden war, zur Neubildung der Lippe mit der an ihnen befindlichen Schleimhaut umsäumt. Die beschriebene Plastik (Jäsche) wurde in 13 Fällen auf einer Seite, in 21 Fällen doppelseitig gemacht. Sie lieferte im Ganzen die besten Resultate. Die Gestalt der Unterlippe war gewöhnlich eine sehr gute geworden; am schönsten war stets die Symmetrie der Lippe hergestellt, wenn auf beiden Seiten die Lappen gebildet waren. Auch bezüglich der Eröffnung des Mundes lieferte sie sehr gute Resultate; fast nie war dieselbe durch eine erhebliche Narbenspannung behindert.

Das letztere wurde vorzüglich dadurch erreicht, dass stets auf eine exakte Bildung der Mundwinkel, sowie auf eine ganz genaue Vereinigung der sich gewöhnlich stark umschlagenden oder an einander sich verschiebenden Schleimhautwundränder sowohl in der Mittellinie der neugebildeten Unterlippe als besonders in den Wangengegenden grosse Sorgfalt verwandt wurde. Zur Vereinigung der Schleimhautwundränder wurde in der letzten Zeit meist Catgut benutzt. Gelang wie gewöhnlich die Heilung durch p. i., so war auch die Narbenspannung sehr gering.

In einem Fall wurde ein vierseitiger Lappen aus der Unterkinn- und Halshaut nach Langenbeck's Methode gewählt.

Bei oblongem Defekt wurde 6 mal die Plastik so ausgeführt, dass von den Mundwinkeln aus horizontale Schnitte durch die Wange und ferner von jedem unteren Wundwinkel aus einer mehr oder weniger schräg nach aussen und abwärts durch die Kinnhaut geführt wurden. Die so gebildeten Lappen wurden oben, so weit es

zur Herstellung des Lippenrothes nothwendig war, mit Schleimhaut umsäumt, mit einander und mit dem am Kinn stehen gebliebenen dreieckigen Weichtheilstück durch Nähte vereinigt. Auch auf diese Weise wurden sehr schön geformte Lippen hergestellt.

7 mal wurde die Mundspalte nach auswärts, je nach der Grösse des Defektes mehr oder weniger weit (einmal bis fast zum Tragus) durch horizontalen Schnitt verlängert. Der untere Theil der so durchtrennten Wange wurde am oberen inneren Rande je nach Bedarf mit Schleimhaut umsäumt, nach der Mitte verschoben und eingeheftet. Um die Faltung des oberen Theiles der Wange zu verhüten, war es dreimal dabei nothwendig geworden, aus der Wange neben der Oberlippe kleine mit der Spitze nach aufwärts gerichtete Keile zu excidiren (Burow), und zwar 1 mal auf einer, 2 mal auf beiden Seiten.

In 4 Fällen wurden viereckige Lappen aus dem oberen Theile der Wange mit nach unten gerichteter Basis (Bruns) zur Deckung der Defekte benutzt. In einem Fall blieben darnach auf beiden Wangen ziemlich grosse dreieckige Defekte unvereinigt, welche rechts durch einen viereckigen Schläfenlappen, links durch einen nach aussen und hinten convexen Bogenschnitt und Verschiebung der Haut gedeckt wurden.

In zwei weiteren Fällen wurden zur Herstellung der Unterlippe von der Spitze des keilförmigen Defektes aus zwei divergirende Schnitte über das Kinn in die Gegend des Zungenbeines und von da mit Convexität nach aufwärts bis in die Gegend der Art. maxill. extern. gegen den Kieferrand zu geführt und dann die so umschnittenen Lappen vom Kiefer abgelöst. Hierauf wurden sie über die Spitze des am Kinn stehen gebliebenen Weichtheilstückes nach aufwärts bis zur normalen Höhe der Unterlippe verschoben und nachdem sie oben mit Schleimhaut umsäumt waren, mit einander und dem Kinnhautstück durch Nähte vereinigt. In beiden Unterkiefergegenden blieben dreieckige Stellen unvereinigt. Beidemale in kosmetischer Beziehung sowohl, als auch bezüglich der Eröffnung des Mundes befriedigendes Resultat.

Einmal wurden bei sehr grossem Defekte der Unterlippe die Theile der Oberlippe zur Plastik zu verwenden gesucht. Es wurde zu dem Behufe die Oberlippe in Lappenform beiderseits bis unter das Nasenloch abgelöst, die so gebildeten einander entgegengeschwenkten Lappen zuerst mit einander und dann mit dem Defektrande durch Knopfnähte vereinigt. Es entstand dadurch die Form des Karpfenmaules (nach Maas). In die sehr enge Mundöffnung

wurde zum Einbringen von Wasser und flüssiger Nahrung, sowie zur gehörigen Reinigung der Mundhöhle ein Gummirohr eingelegt. Die Oberlippenlappen heilten mit Ausnahme der seitlichen Theile, wo die grösste Spannung bestand, p. i. ein; nach Verlauf der ersten Woche konnte durch horizontale Einschnitte die Mundspalte hergestellt werden. Zur Bildung der Mundwinkel wurde die Schleimhaut herausgenäht. Rechterseits gelang dies besser wie links. Auch im weiteren Verlauf gestaltete sich der rechte Mundwinkel besser als der linke, indem bei ersterem die Heilung fast ganz durch p. i. eintrat, bei letzterem dagegen alles auseinander ging und der Mund dadurch sehr difform wurde. Nach wiederholten misslungenen Versuchen noch etwas durch Operationen zur Besserung der Mundwinkel zu thun, überliess man schliesslich die Heilung der Granulationsbildung. Leider schrumpften die zur Unterlippenbildung verwandten Oberlippentheile sehr stark und kam es dadurch zur Entblössung des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers. Mit kleiner granulirender Wunde wurde Patient entlassen.

In 2 Fällen wurden noch complicirtere plastische Operationen gemacht. In 22 Fällen ist über etwa ausgeführte Plastiken nichts aufgezeichnet.

Bei den ausgedehnteren Carcinomen wurden ausgiebigere Exstirpationen nothwendig. Die Defekte wurden in 4 Fällen durch einen Halshautlappen nach Langenbeck gedeckt. Diese Methode lieferte bei zahnlosem Unterkiefer, sowie nach Resektion des Unterkieferalveolarfortsatzes vorzügliche Resultate. In den übrigen Fällen wurden, wie aus den Krankengeschichten zu ersehen, complicirtere plastische Operationen ausgeführt. In 7 Fällen ist jedoch nichts näheres über die Operation notirt. 8 mal mussten grössere die Continuität trennende Unterkieferresectionen gemacht werden. In 12 Fällen wurde der Unterkiefer weit über die vom Carcinom ergriffenen Stellen hinaus abgemeisselt oder partiell resecirt. In 5 Fällen ist über die Ausdehnung der Unterkieferresection nichts angegeben.

So oft das Mittelstück des Unterkiefers resecirt wurde, wurde vorher ein starker Faden als Ansa mittelst einer Nadel durch die Zunge geführt, um mit derselben sowohl während der Operation als in der nächsten Zeit nach derselben die Zunge vor dem Zurückgleiten zu schützen und dadurch einer etwa auftretenden Athemnoth vorzubeugen.

Die regionären Lymphdrüsen erfuhren in hiesiger Klinik seit einer Reihe von Jahren auch bei kleinen Unterlippenkrebsen genaue Beachtung. In obiger Tabelle habe ich die Fälle zusammengestellt,

bei welchen eine Vergrösserung oder Verhärtung der regionären Lymphdrüsen notirt sich vorfand. In vielen Fällen sind aber diesbezügliche Notizen in den Krankengeschichten nicht gemacht, sonst müsste die Zahl der gleichzeitigen Drüsenaffectionen eine weit grössere sein. Wenn man bei der Untersuchung der mit Unterlippenkrebs behafteten Patienten genau nach vorhandenen Drüsenschwellungen forscht, so wird man sehr häufig solche vorfinden. Freilich sind sie oft schwer zu fühlen. In den Unterkiefergegenden sind sie, falls sie noch keine erhebliche Grösse erreicht haben, oft so beweglich, dass sie unter dem Kieferrande hinweggleiten und sich so dem zufühlenden Finger entziehen; in der Unterkinngegend sind sie wegen der stattlichen Fettlage, in welcher sie eingehüllt sind, und wegen der Spannung der vom Kinn herablaufenden Muskeln oft noch schwieriger zu palpiren. Nicht nur die von aussen durchgefühlten Drüsen wurden stets entfernt, sondern seit etwa 5 Jahren wurde auch fast regelmässig, wenn von aussen Drüsenschwellungen nicht gefühlt werden konnten, in beiden Unterkiefergegenden sowohl, als in der Unterkinngegend eingeschnitten, nach den Drüsen gesucht und alle auffindbaren, auch die kleinsten, weggenommen. In den Submaxillargegenden wurde horizontal eingeschnitten, die Fascie durchtrennt, die vorhandenen Drüsen mit dem scharfen Haken hervorgezogen und isolirt exstirpirt. In der Regio submentalis wurde gewöhnlich ein Längsschnitt vom Kinn herab zum Zungenbein geführt und hier die infiltrirten Drüsen sammt allem sie einhüllenden Fettgewebe gründlichst herausgeräumt. Es entstanden dadurch an dieser Stelle manchmal erhebliche Wundhöhlen. Da wo durch das Anlegen neuer Schnitte etwa schon gebildete Wangenlappen (namentlich nach der Methode von Jäsche) in ihrer Ernährung beeinträchtigt werden konnten, wurden die Drüsen einfach von den bereits vorhandenen Wunden aus hervorgeholt. Selbstverständlich wurden auch etwa an anderen Stellen des Halses vorhandene Drüsentumoren exstirpirt.

Ob die exstirpirten Drüsen carcinomatös erkrankt waren oder nicht, ist nur in 12 Fällen notirt. Dreimal erwiesen sie sich schon makroskopisch als carcinomatös, in 4 Fällen wurde mikroskopisch die carcinomatöse Erkrankung nachgewiesen. Fünfmal konnte kein Carcinom der Drüsen mikroskopisch gefunden werden. Zweimal ist ausserdem bemerkt, dass die Drüsen makroskopisch kein carcinomatöses Aussehen darboten. In den 5 Fällen, in welchen Drüsencarcinom, sei es makroskopisch, sei es mikroskopisch verzeichnet ist, handelte es sich viermal um kleine primäre Lippencarcinome,

einmal um ein grosses erstes locales Recidiv. Die 7 Fälle, bei welchen die vergrösserten Drüsen sich als nicht carcinomatös erwiesen hatten, betrafen sechsmal kleine primäre Carcinome, einmal ein bereits auf den Knochen übergreifendes.

Die einfachen nicht carcinomatösen Drüsenschwellungen in der Unterkiefer- und Unterkinngegend bei Unterlippenkrebsen (es hat dies übrigens bei allen im Gesicht auftretenden Krebsen fast die gleiche Geltung) haben vielleicht nur die Bedeutung chronisch entzündlicher Infiltrationen, hervorgerufen durch die von den Ulcerationen an der Lippe in die Lymphbahnen gelangten septischen Stoffe. Mit dem Lymphstrome können jedoch entschieden auch schon sehr frühzeitig (und zwar bei weichen Carcinomen vielleicht eher, als bei härteren) Krebselemente in die Drüsen fortgeschwemmt werden, welche bei der mikroskopischen Untersuchung der Drüsen nicht immer auffindbar sein möchten. Wir haben jedoch auch in mehreren Fällen von noch ziemlich kleinen Lippencarcinomen bereits die Drüsen wirklich carcinomatös entartet gefunden. Dies war namentlich in einem Falle sehr auffallend. Es handelte sich nämlich um ein seit einem halben Jahre bemerktes, auf die linke Unterlippenhälfte beschränktes ulcerirtes Carcinom. Von aussen waren in beiden Unterkiefergegenden haselnussgrosse Drüsen zu fühlen, die Unterkinngegend schien frei zu sein. Es wurden bei der Operation eine ziemliche Menge geschwellter Drüsen aus beiden Unterkiefergegenden und auch aus der Unterkinngegend entfernt. Alle Drüsen der drei genannten Gruppen von den kleinsten, linsen- bis haselnussgrossen Drüsen erschienen schon makroskopisch auf dem Durchschnitt krebsig entartet, und bestätigte dies auch die mikroskopische Untersuchung.

Da man nun immer auch bei relativ noch kleinen Unterlippencarcinomen bereits eine krebsige Infection der regionären Drüsen zu gewärtigen hat, selbst wenn die äusserliche Untersuchung keine Vergrösserung derselben constatiren kann, so ist es räthlich stets bei der Exstirpation des Unterlippenkrebses in beiden Submaxillargegenden und unter dem Kinn einzuschneiden, und die vorhandenen Drüsen sorgfältigst zu entfernen. Erst dann kann unserer Ansicht nach die Carcinomoperation als eine genügend ergiebige genannt werden.

Die Drüsenexstirpationswunden wurden in manchen Fällen ganz geheftet und drainirt, manchmal nur theilweise und manchmal gar nicht durch Nähte vereinigt. Irgend welche Störung im Wundverlaufe wurde nach gleichzeitiger Drüsenexstirpation nicht beobachtet.

Die gehefteten Gesichtswunden blieben gewöhnlich unbedeckt;

nur wenn sich entzündliche Infiltration der Wundränder und Eiterung der Stichkanäle eingestellt hatte, wurden kleine mit Carbolsäure befeuchtete Läppchen übergelegt und dieselben mit Guttaperchapapier bedeckt. Die Drüsenexstirpationswunden wurden in der Regel mit Charpie, Watte oder Jute, die mit antiseptischen Mitteln imprägnirt waren, oder auch und zwar gewöhnlich nach den ersten Tagen mit feuchtwarmen Carbolverbänden bedeckt. Gewöhnlich wurden die Nähte nach zweimal 24 Stunden alle entfernt, nur wo die Wundränder auseinander zu gehen drohten, liess man einzelne Nähte länger liegen.

Stets hielt man auf gehörige Reinhaltung des Mundes und wurden häufig, oft stündlich Ausspülungen mit Wasser oder desinficirenden Flüssigkeiten (namentlich Lösungen von Kal. hypermanganicum) gemacht.

Eine grosse Sorgfalt wurde auch auf eine zweckmässige Ernährung der Patienten nach der Operation verwendet. Da man stets ein Verschlucken der Patienten zu fürchten hat, das zu tödtlich endenden lobulären Pneumonien mit Lungengangrän Veranlassung geben kann, so wurden in der ersten Zeit nur ganz klare Flüssigkeiten gegeben. Dieselben wurden stets sorgfältigst durch Filtriren von festen Bestandtheilen, geronnenem Eiweiss u. s. w. geklärt und dann dem Patient mittelst der Schnabelkanne eingeflösst. Wo längere Zeit ein Verschlucken der Patienten zu fürchten war, wurden mit gutem Erfolge gleichzeitig die von Leube angegebenen Fleischpankreasklystiere angewandt. Dieselben wurden gewöhnlich in der Weise gegeben, dass nach gehöriger Ausspülung des Mastdarmes mit Wasser die fein zerkleinerte Fleischpankreasmasse durch eine Pumpenvorrichtung langsam injicirt wurde. Dieselbe besteht aus 150,0 von Bindegewebe möglichst befreitem Rindfleisch, das mit 50,0 Pankreas fein zerkleinert wird. Das Klysma wird am besten Abends gegeben, zugleich mit einer Dosis Opium oder Morphium. Nur in seltenen Fällen ging dasselbe bald wieder ab; meist blieb es vollständig zurück und konnte dann am folgenden Tage nur noch eine geringe Menge grauweisslichen Breies durch die Ausspülungen aus dem Mastdarm entfernt werden. In seltenen Fällen musste die Ernährung durch die Schlundsonde zu Hülfe gezogen werden.

Der Wundverlauf war in der Regel ein sehr guter, wenn man von kleineren Ereignissen, wie geringfügigen Eiterungen der Stichkanäle, Gangränesciren eines Lappenrandes u. s. w. absieht. Wo erheblichere Eiterung und Gangränescenz der Lappen eintrat, ist aus den oben angeführten Krankengeschichten ersichtlich. Von accidentellen Wundkrankheiten finden sich 12 Erysipele und einmal Pyämie

verzeichnet. Seit März 1876 wurde kein Patient, der wegen Unterlippenkrebses operirt war, vom Erysipel befallen.

Geheilt verliessen nach der ersten Operation das Krankenhaus	115 Pat.
Ungeheilt (d. h. mit in der Wunde noch vor der Vernarbung entstandenem Recidiv)	4 „
Verstorben sind in Folge der Operation	12 „
	131 Pat.

Bei 7 von den verstorbenen 12 war schon der Kiefer ergriffen, 4 mal war eine Resection grösserer, 1 mal geringerer Ausdehnung nöthig gewesen; in 2 Fällen war die Ausdehnung der Kieferresection nicht notirt. In 5 von den 12 tödtlich ausgegangenen Fällen handelte es sich nur um Carcinom der Weichtheile; 3 von diesen Fällen hatten auch Drüsenexstirpation erfordert. — Der Tod erfolgte durchschnittlich am 10. Tage nach der Operation. Die Todesursache war 3 mal unbekannt geblieben. In den übrigen 9 Fällen war sie:

Jauchige Broncho-Pleuropneumonie mit Brandherden der Lungen	4 mal
Doppelseitige eitrige Mediastinitis, Pleuritis und Pericarditis .	1 „
Pyämie (erweichte Thrombose des Sinus cavern., pyämische Herde im rechten Unterlappen, im rechten Musc. temporalis, im Gehirn im rechten Schläfenlappen)	1 „
Eitrige Schultergelenksentzündung (Septicämie)	1 „
Hämorrhagie beider Nebennieren	1 „
Collaps	1 „
	9 Fälle

Bei keiner Section wurden Metastasen der inneren Organe gefunden.

Was die 4 ungeheilt Entlassenen betrifft, so fehlen von einem derselben spätere Nachrichten. Zwei derselben (Bühlmeyer und Spiess) starben auswärts bald am Recidiv, und zwar nach 77 und 48 Tagen. Der Vierte kam nach circa 3 Monaten mit einem sehr grossen Recidiv wieder und starb in der Klinik mit dem nicht operirten Recidiv an croupöser Pneumonie. Seine Geschichte ist folgende:

26. Eder, Franz, Ziegeleiarbeiter, 52 Jahre alt. Das Leiden begann vor einem Vierteljahr, seit 6 Wochen rasches Wachsthum. Die ganze Unterlippe eingenommen von einem Carcinom, das mit erheblicher papillärer Wucherung stark prominirt und an der ganzen Oberfläche ulcerirt ist. In beiden Submaxillargegenden eine Drüsengeschwulst. Am 13. November 1874 Exstirpation des Carcinoms und der Drüsen. Plastik durch zwei Bruns'sche Lappen. Am 21. November musste die bereits verheilte Exstirpationswunde in der Unterkinngegend wegen Secretverhaltung wieder geöffnet werden. Die Wunden heilten alle ziemlich gut; nur in der Mitte der Unterlippe waren die dort aneinander gefügten Wangenlappen wieder eine Strecke weit auseinander gewichen, so dass hier eine ziemlich tiefe

Spalte entstanden war. Das Aussehen des Gesichts war durch die Operation insofern sehr verändert, als die Wangen eingesunken erschienen, während die Weichtheile vor dem Unterkiefer wulstartig hervortraten und der Mund sehr breit war. Am 13. December Anfrischung der Lippenspalte und Naht. Am 6. Januar 1875 wird Patient auf sein Verlangen entlassen, obwohl sich inzwischen an der linken Wange zwei neue Carcinomknoten entwickelt hatten.

Anatomische Diagnose nicht notirt.

Am 19. April 1875 kommt Patient wieder. Das Recidiv wird nach oben von einer die Ohrläppchen verbindenden Linie, nach unten ungefähr durch eine von einem Kieferwinkel über die Incisura thyreoid. sup. zum anderen verlaufende Linie begrenzt. Das Carcinom infiltrirt die Theile diffus und ist fast in ganzer Ausdehnung mit der Haut und dem Unterkiefer verwachsen. An einzelnen Stellen Ulceration. Bei der Grösse des Carcinoms kann an eine Exstirpation nicht mehr gedacht werden, dagegen erheischt eine in Folge der ersten Operation und der Recidive aufgetretene fast absolute Unbeweglichkeit des Unterkiefers Abhülfe. Da die Wiederherstellung der Beweglichkeit des Unterkiefers unmöglich erscheint, wird beschlossen, die sehr enge Spalte durch Resection des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers zu erweitern. Dies wird am 5. Mai ausgeführt. Nachdem Patient chloroformirt ist, tritt durch Zurücksinken der Zunge eine schwere Asphyxie ein. Da die Zunge nicht zugänglich ist, wird die Tracheotomie unterhalb des Ringknorpels gemacht. Nach Einführen der Canüle stellt sich die Respiration wieder her. Nach Ablösung der Unterlippentheile und Extraction der Schneidezähne des Ober- und Unterkiefers wird nun der Alveolarfortsatz des letzteren im Gebiet der Schneidezähne abgemeisselt. Darauf werden die carcinomatösen Ulcerationen noch mit dem scharfen Löffel ausgeschabt. Nach der Operation befand sich Patient eine Zeit lang ziemlich wohl. Nachdem die Trachealcanüle am 5. Tage entfernt war, schloss sich die Halswunde ziemlich schnell. Das Einführen der Speisen ging erheblich leichter von Statten. Sehr bald zeigten sich jedoch in den infiltrirten Weichtheilen neue carcinomatöse Wucherungen, auch gingen die zurückgebliebenen Wunden ziemlich schnell in sich vergrössernde Ulcerationen über. Am 25. Mai Abends Fieber (38,7). In der folgenden Nacht Dyspnoe, ohne auffindbare Ursache. Am 26. Morgens 38,4; Patient fühlte sich aber wohl, war auf und beschäftigte sich, wie gewöhnlich, mit dem Kehren des Zimmers. Abends 38,6, starke Dyspnoe und Trachealrasseln. Es wurde ihm nach Wiedereröffnung der Tracheotomienarbe wieder eine Canüle eingesetzt, durch die Massen von röthlichem wässerigen Secret ausgeworfen wurden. Die hierdurch bewirkte Erleichterung dauerte nur kurze Zeit an; das Rasseln nahm schnell zu, Patient wurde soporös und starb 3 Uhr Morgens. Bei der Section fand sich eine carcinomatöse Infiltration der Weichtheile der Regio mentalis und submentalis, doppelseitige croupöse Pneumonie, Lungenödem und Emphysem, Atrophie der Milz, doppelseitige leichte Nephritis.

Von den 115 geheilt Entlassenen kamen 9 mit Recidiven wieder. Unter ihnen befanden sich 4, bei welchen der primäre Tumor bei der Operation noch auf die Unterlippe beschränkt gewesen war.

Bei diesen war das Recidiv in einem Falle bald nach der Entlassung, im zweiten 3 und im dritten 10 Monate darnach entstanden. Vom vierten Falle ist dies unbekannt. Bei letzterem Patienten handelte es sich nur um ein Recidiv der regionären Drüsen und konnte dies vollständig beseitigt werden; Patient starb in seiner Heimath 11 Jahre nach der Drüsenexstirpation an einem Rückenmarksleiden. In den anderen drei Fällen waren ausgedehnte locale Recidive vorhanden. Ihre Ausdehnung ist aus folgenden Krankengeschichten zu ersehen:

27. Tischler, Andreas, Gütler, 52 Jahre alt. Beginn des Leidens vor 2 Jahren. In der Verwandtschaft das Vorkommen ähnlicher Gewächse unbekannt. Patient ist Tabakraucher, Läsionen der Lippe mit dem Rasirmesser werden verneint. Grosser, rüstiger Mann. Das Carcinom nimmt vorzugsweise die rechte Unterlippenhälfte in Form eines harten Knotens ein, der sich auch noch etwas nach links hin erstreckt und an seiner Oberfläche ulcerirt ist. Die Ulceration setzt sich über das Lippenroth auf die Schleimhaut fort. Drüsen nirgends geschwollen. 19. October 1865 Excision durch einen Bogenschnitt, der vom rechten Mundwinkel zur Mitte der linken Unterlippenhälfte verläuft. Vom unteren Wundrande aus wurden beiderseits ein schräg nach aussen unten verlaufender Schnitt durch die Kinnhaut geführt und ferner die Mundspalte nach rechts verlängert. Die so beweglich gemachten Lappen werden miteinander und mit dem stehen gebliebenen Kinnhautstück sehr leicht vereinigt, nachdem am rechten Lappen die Mundschleimhaut herausgesäumt ist. Flüssige Nahrung mittelst einer mit einem langen Schnabel versehenen Kanne. Heilung durch p. i. Erysipel am 6. Tage vom rechten Augenlid ausgehend, über das Gesicht sich verbreitend und 3 Tage anhaltend. Am 1. November 1865 geheilt entlassen.

Anatomische Diagnose: Carcinoma epithel.

Am 10. Mai 1867 kehrt Patient wieder mit Recidiv. Er gibt an, dass er sich im September 1866 wegen Schmerzen einen Unterkieferschneidezahn ausziehen liess. Schon 8 Tage darauf entstand diesem Zahnfach entsprechend eine sulzige Anschwellung, die bald sich vergrösserte. Später musste er sich wegen heftiger Schmerzen noch zwei Unterkieferzähne (Eckzahn und 1. Backzahn) ausziehen lassen. Seit 3 Wochen Anschwellung an der rechten Kinnhälfte. Unterlippe etwas nach einwärts gezogen, ihre obere Partie 2 Cm. breit frei beweglich, in der Mitte etwas eingekerbt. Die Einkerbung soll erst mit dem neuen Auftreten der Geschwulst sich gebildet haben. Rechts ist die Gegend des Sulcus mentalis bis herab zum Kinn und noch etwas nach auswärts davon von einer flachgewölbten, theils höckerigen Geschwulst eingenommen, die mit der gerötheten und infiltrirten Haut, sowie mit dem Unterkiefer verwachsen ist. Der Unterkiefer trägt links die beiden Schneidezähne, deren innerer gelockert ist; nach rechts von denselben ist der obere Kieferrand bis zur Mitte des horizontalen Astes eingenommen von einer theils zerklüfteten, theils glatten oder leicht höckerigen Wucherung, welche sich nach unten in die Geschwulst am Kinn, nach innen gegen den Zungengrund hin fortsetzt. Am rechten Kieferwinkel eine bedeutende Härte, welche die vordere rechte

Hälfte des Bodens der Mundhöhle als compacte Anschwellung, an welche sich noch nach links ein frei bewegliches derbes Knötchen anschliesst, einnimmt. Am 13. Mai 1867 Exstirpation der Neubildung. Der Unterkiefer wird dabei beiderseits hinter den Grenzen des Carcinoms mit der Kettensäge durchtrennt; durch die Zunge eine Ansa gelegt. Zum Verschluss des Defectes wird der Rest der Kinnhaut durch einen vom oberen Wundrand schräg nach links aussen und unten verlaufenden Schnitt beweglich gemacht und nach aufwärts verschoben mit dem Rest der Unterlippe (fast nur Lippenroth) vereinigt. Weiterhin wird vom oberen Wundrand aus ein bogenförmiger Schnitt nach rechts durch die Wangenhaut bis zum Kieferwinkel geführt; der so beweglich gemachte Wangenlappen in den Defect verschoben und eingeheftet. Wundverlauf sehr günstig; nur einmal höheres Fieber, nämlich am 3. Tage Morgens 39,0, Abends wieder Normaltemperatur. Die Ansa wurde am 4. Tage entfernt. Es trat überall schöne Vereinigung der Wunden ein, nur unter dem Kinn war bei der Entlassung noch eine in die Mundhöhle führende Fistelöffnung; der linke Unterkieferstumpf wurde durch Narbencontraction stark nach innen gezogen; der rechte blieb an normaler Stelle. Am 28. Mai 1867 Entlassung. Laut später eingetroffener Nachricht starb Patient am 7. Juli 1868 an Recidiv am Unterkiefer.

28. Schmidt, Michael, Bauer, 61 Jahre alt. Das primäre Epithelialcarcinom der Unterlippe war am 3. Januar 1867 in hiesiger Klinik operirt worden und wurde Patient am 27. Januar geheilt entlassen. Bald nach der Entlassung bildete sich an der rechten Wange eine umschriebene harte Anschwellung, welche unter stetigem Wachsen vor einigen Wochen aufbrach. Es findet sich zur Zeit der Aufnahme (24. October 1867) ein Querfingerbreit unter dem Jochbogen beginnend ein kleinfaustgrosser Tumor, der sich nach rückwärts über den Rand des Sternocleidomastoideus, nach unten in das obere Halsdreieck fortsetzt. Die Haut darüber livide, nicht verschieblich, in der Mitte der Tumor ulcerirt. Der Unterkiefer erscheint etwas nach links hingedrängt und der Mund dadurch schief gestellt. Kaubewegungen nur in ganz geringem Grade möglich. Ein weiterer, taubeneigrosser, etwas beweglicher und mit der Haut wenig verwachsener Tumor in der rechten Submaxillargegend. Vom Mund aus der Zusammenhang der Geschwulst mit dem Unterkiefer bis in die Gegend des zweiten Backzahnes zu fühlen.

Am 26. October Exstirpation des Tumors, wobei die grösstentheils degenerirte Parotis, ein Theil des Masseter, ferner die rechte entartete Unterkiefer- und Unterzungenspeicheldrüse, sowie ein Theil der Haut und des Unterkiefers entfernt werden musste. Die Entfernung der erkrankten Partie am Unterkiefer wurde so ausgeführt, dass zunächst direct am aufsteigenden Aste die Durchtrennung mit der Kettensäge gemacht und dann ein fingerbreites Stück aus der ganzen Dicke mit Meissel und Knochenzange resecirt wurde. Nach vorn zu wurde der Unterkieferrand noch eine Strecke weit schräg abgemeisselt. Bei der Durchtrennung war eine Fractur des Kieferastes einige Centimeter weit nach oben und hinten verlaufend erfolgt. Die Weichtheile konnten von hinten nach vorn und von unten nach oben durch Nähte grösstentheils zusammengezogen werden.

Der Wundverlauf war anfangs mit Ausnahme der Entwicklung eines

bscesses unter dem Kinn durch nichts gestört und bildeten sich an den icht vereinigten Wunden bald gute Granulationen. Nach 14 Tagen jeoch zeigten sich in den granulirenden Partien papilläre Wucherungen, die ald knotige Beschaffenheit annahmen. Auch die Wundränder wurden weirhin von Carcinomrecidiven in grosser Ausdehnung befallen. Da eine eitere Operation nicht mehr möglich war, wurde Patient am 24. December 867 ungeheilt entlassen.

Anatomische Diagnose: Carcinoma epitheliale. Er starb zu Hause am 0. Februar 1868 an fortschreitendem Carcinom.

29. Plattmeier, Georg, Bauer, 48 Jahre alt. Seit 2 Jahren Erkrannng der Unterlippe. Dieselbe zeigte im Beginn des Jahres 1868 in ihrer itte ein guldengrosses, in der Mitte kraterförmig vertieftes, ulcerirtes Carnom. Am 5. Februar 1868 keilförmige Excision. Zur Vereinigung der unde werden beiderseits von den Mundwinkeln aus Schnitte durch die ange geführt und dann genäht. Es trat ziemlich starke Eiterung der unden ein; sie blieben jedoch vereinigt und nur im linken Mundwinkel at in geringer Ausdehnung Klaffen der Wundränder ein. Am 15. Februar heilt entlassen.

Anatomische Diagnose: Epithelkrebs.

Am 6. Mai 1869 kam Patient wieder mit einem Tumor, der sich seit nem Vierteljahr gebildet haben sollte. An Lippe und Wange die Opetionsnarben, kein Recidiv. Der ganze Hals erschien vorne stark verdickt d von einer derben, nicht scharf abgegrenzten Infiltration eingenommen, elche nach beiden Seiten hin in der Unterohrgegend in mehrfach weichen ctuirenden Tumoren ihr Ende fand. Die Haut über den fluctuirenden ellen praller und stärker geröthet. Vom Jugulum nach abwärts bis zum nsatz der 4. Rippe erstreckte sich vor dem Sternum eine weiche schlaffe schwulst, mit livider Haut bedeckt, in deren unterem Theil eine kleine hr reichlich jauchige Flüssigkeit entleerende Fistelöffnung sich fand. Auf unsch des Patienten wurden in die fluctuirenden Tumoren einige Incinen gemacht und derselbe am 11. Mai 1869 ungeheilt wieder entlassen. starb in seiner Heimath am 7. Juli 1869.

Von den übrigen fünf mit Recidiv noch einmal wiedergekehrten tienten, bei welchen schon die Operation der primären Tumoren össere Dimensionen erreicht hatte, ist das Nähere in den Krankenschichten Nr. 7, 9, 10, 20, 21 mitgetheilt. Wann die Recidive auftreten, konnte bei Nr. 7 und 10 nicht ermittelt werden, bei Nr. 9 t es nach circa 1 Jahr, bei Nr. 20 nach 9 Monaten, bei Nr. 21 ch 2 Monaten auf. Der Sitz der Recidive ist aus den Krankenschichten zu ersehen. Zwei von diesen fünf Patienten starben nach r Recidivoperation an jauchigen Pneumonien; einer wurde mit ld nach der Operation in der Wunde wieder entstandenem zweiten cidiv und einer mit dem unoperirten ersten Recidiv entlassen. Der stere dieser beiden ist 11 Monate später in seiner Heimath verstorn, der letztere lebt noch mit Recidiv behaftet und zwar nun 1 Jahr

nach der Operation. Der fünfte (Nr. 21) befindet sich noch im Krankenhause und geht seiner Heilung entgegen.

Ueber das fernere Schicksal der übrigen 106 Fälle, welche nach der Operation des primären Tumors geheilt entlassen wurden, sich später hier aber nicht mehr vorstellten, ist Folgendes in Erfahrung gebracht worden:

Gestorben sind	53	Patienten
und zwar an Recidiv . . .	23	„
an anderweitigen Krankheiten .	30	„
Am Leben befinden sich jetzt noch	42	„
und zwar mit Recidiv . . .	3	„
ohne Recidiv	39	„

Von 11 Patienten konnte nichts mehr ermittelt werden.

Was nun zunächst die ausserhalb des Spitals mit Recidiven Verstorbenen an betrifft, so war eine Patientin auswärts noch einmal, aber ohne Erfolg operirt worden. Sie starb circa 1 Jahr nach der Entlassung aus der Klinik. Die übrigen 22 Patienten starben, ohne noch einmal operirt worden zu sein, nach der ersten Operation im Minimum nach 3 Monaten, im Maximum nach 60 Monaten, im Durchschnitt nach 18,05 Monaten, und zwar betrug in den einzelnen Fällen die Zeit zwischen Operation und Tod:

3—6	Monate	bei	3	Kranken
6—12	„	„	9	„
1—1 1/2	Jahr	„	4	„
1 1/2—2	Jahren	„	1	„
2—2 1/2	„	„	2	„
2 1/2—3	„	„	1	„
3—4	„	„	1	„
4—5	„	„	1	„
		Summa	22	Kranke

Die meisten starben also innerhalb der nächsten 1 1/2 Jahre nach der Operation. Es hatte bei ihnen der Verlauf des Carcinoms eingenommen einen Zeitraum von 11 Monaten im Minimum, im Maximum von 118 Monaten, im Durchschnitt von 38,06 Monaten.

Bezüglich der Frage, wann und wo sich die Recidive bei ihnen entwickelten, konnte Folgendes in Erfahrung gebracht werden: Die Recidive hatten sich 11 mal an der Unterlippe wiedergezeigt [1]), in zwei Fällen nahmen sie Lippe, Wange und Unterkiefer ein; in einem

1) Einmal heisst es, es sei eine eiternde Pustel an der Unterlippe wieder entstanden. Ich habe dies als Recidiv betrachtet und den Fall hierher eingereiht.

weiteren sass es am Unterkiefer fest, welcher „förmlich verfaulte“. Einmal soll eine Geschwulst im Rachen entstanden sein. Ein anderesmal hatte sich gleichzeitig mit dem Recidiv an der Wange ein „Ballen“ unter dem Kiefer gebildet. Bei einem anderen Patienten hatte sich 17 Monate nach der Operation eine Drüsengeschwulst am Halse und dann eine Geschwulst an der Wange gebildet. „Der Schlund wurde dabei so zerfressen, dass Speise und Trank ausfloss.“ Viermal war ausserdem die Geschwulst gleich nach der Entlassung, einmal 1/2 Jahr, einmal 3/4 Jahr und einmal 2 Jahre nach der Entlassung wiedergekehrt. In den übrigen Fällen konnte diesbezügliches nicht ermittelt werden. Das primäre Carcinom war in diesen Fällen zur Zeit der Operation 13 mal auf die Unterlippe beschränkt gewesen, in 2 Fällen hatte es bereits auf die Wangenweichtheile übergegriffen und 4 mal war der Unterkiefer bereits betroffen. Die Exstirpation war in 3 Fällen mittelst bogenförmigen, in 4 Fällen mittelst keilförmigen Schnittes gemacht worden; in 2 Fällen war das Carcinom einfach in gehöriger Entfernung von der Grenze umschnitten worden; in 4 Fällen waren am Unterkiefer theils die Continuität erhaltende, theils dieselbe trennende Resectionen gemacht worden. In 9 Fällen waren auch vergrösserte regionäre Lymphdrüsen exstirpirt worden.

Alle 30 Patienten, die an anderen Krankheiten ohne Recidiv starben, waren nur einmal operirt worden. Sie starben:

nach der Operation im	Minimum	nach 8 Tagen	
„ „ „ „	Maximum	„ 16 1/3	Jahren
„ „ „ „	Durchschnitt	„ 5,10	„

und zwar betrug die Dauer von der Operation bis zum Tode

8 Tage bis 1 Monat	. . . . .	in 1 Fall
1 Monat bis 1/2 Jahr	. . . . .	in 2 Fällen
1/2 Jahr bis 1 Jahr	. . . . .	in 5 Fällen
1 Jahr bis 2 Jahr	. . . . .	in 1 Fall
2 Jahr bis 3 Jahr	. . . . .	in 3 Fällen
3 Jahr bis 4 Jahr	. . . . .	in 1 Fall
4 Jahr bis 5 Jahr	. . . . .	in 2 Fällen
5 Jahr bis 6 Jahr	. . . . .	in 1 Fall
6 Jahr bis 7 Jahr	. . . . .	in 2 Fällen
7 Jahr bis 8 Jahr	. . . . .	in 6 Fällen
8 Jahr bis 9 Jahr	. . . . .	in 1 Fall
9 Jahr bis 10 Jahr	. . . . .	in 1 Fall
10 Jahr bis 11 Jahr	. . . . .	in 1 Fall
12 Jahr bis 13 Jahr	. . . . .	in 1 Fall
16 Jahr bis 17 Jahr	. . . . .	in 1 Fall
	Summa	29 Fälle

In einem Falle konnte man die Dauer nicht ermitteln. — Die Todesursache war:

3 mal Abzehrung,
1 mal Entkräftung,
8 mal Altersschwäche,
5 mal Schlaganfall,
1 mal Herzwassersucht,
5 mal Lungenleiden (4 mal acut, 1 mal chronisch),
1 mal Selbstmord,
1 mal Sturz von einem Wagen,
5 mal unbekannt

30 Fälle

28 dieser Patienten hatten bei der Operation ein verhältnissmässig wenig ausgebreitetes Carcinom, einmal war es auf Wangen- und Oberlippenweichtheile, einmal auch auf den Unterkiefer übergegangen. Es waren demnach auch in der Mehrzahl der Fälle die Operationen von verhältnissmässig geringem Umfang, in 13 Fällen bestand sie in keilförmiger Excision, in 16 Fällen war das Carcinom in gehöriger Entfernung von seinen Grenzen und denselben entsprechend umschnitten worden; 1 mal war es nöthig geworden den Unterkiefer zu reseciren. 5 mal waren auch vergrösserte regionäre Drüsen exstirpirt worden.

42 Patienten sind zur Zeit der Abfassung des Berichtes noch am Leben und zwar 3 mit Recidiven und 39 ohne Recidive. Die drei mit Recidiv Lebenden wurden nur einmal operirt und zwar zwei davon ein Jahr nach Beginn des Leidens, vom dritten ist dies unbekannt. Seit der Operation sind bis jetzt einmal 12 Jahre 10 Monate[1]), einmal 1 Jahr 11 Monate und einmal 4 Monate verstrichen. Im ersteren Falle handelt es sich vielleicht um ein locales sehr langsam wachsendes Recidiv, in den beiden anderen Fällen um Recidive der regionären Lymphdrüsen. Bei dem einen der letzteren Patienten wurde ein nicht sehr grosses Carcinom der Unterlippe durch Keilschnitt vor 23 Monaten entfernt und gleichzeitig in der rechten Unterkiefergegend verhärtete Lymphdrüsen exstirpirt; linkerseits war eingeschnitten worden; es konnte aber keine verhärtete Lymphdrüse gefunden werden, dagegen zeigte die Glandula salivalis submax. sin. eine verdächtige Verhärtung und wurde exstirpirt. Seit 6 Monaten nun hat sich eine neue, noch verschiebbare Geschwulst unter dem rechten Backen-

1) In diesem Falle lauten die Nachrichten folgendermaassen: „Die Geschwulst entstand 1873 (also 5 Jahre nach der Operation) an der nämlichen Stelle wieder, doch griff sie auch nicht weiter“. Es ist sonach zweifelhaft, ob es sich hier um ein Recidiv handelt. Doch glaube ich diesen Fall hierher zählen zu müssen.

knochen gebildet. — Im zweiten Falle war bei der vor 4 Monaten vorgenommenen Exstirpation des Lippentumors bereits eine geschwollene Drüse in der linken Submaxillargegend wohl gefühlt, aber nicht exstirpirt worden, weil durch einen neuen Schnitt der zur Plastik gebildete Lappen in seiner Ernährung gefährdet erschien. Patient wurde 10 Tage nach der Operation entlassen mit der Weisung bald zur Exstirpation der Drüsen wieder zu kommen. Patient unterliess dies. Im Verlaufe der letzten Monate hat sich nun die Drüsengeschwulst erheblich vergrössert und dem Patienten viel Schmerzen bereitet.

Die 39 ohne Recidiv noch am Leben befindlichen Patienten haben alle nur eine Operation durchgemacht. Dieselbe hatte 34 mal nur auf die Unterlippe beschränkte Carcinome zu entfernen, und bestand 23 mal in keilförmiger Excision der Geschwulst; einmal hatte das Carcinom auf die Wange und viermal auf den Kiefer übergegriffen. Die vier letzteren sind erst in der jüngsten Zeit (es sind höchstens 2 Jahre nach der Operation verflossen) operirt worden. 16 mal wurden vergrösserte Lymphdrüsen der Unterkinn- und Unterkiefergegenden entfernt. Bis zur Zeit der Abfassung des Berichtes ist seit der Operation verflossen ein Zeitraum von

16 Jahren 7 Monaten	.	.	in	1	Fall
12—13 Jahren	.	.	.	.	in	3	Fällen
11—12 „	.	.	.	.	in	1	Fall
10—11 „	.	.	.	.	in	1	Fall
9—10 „	.	.	.	.	in	2	Fällen
8—9 „	.	.	.	.	in	2	Fällen
7—8 „	.	.	.	.	in	2	Fällen
6—7 „	.	.	.	.	in	—	Fall
5—6 „	.	.	.	.	in	2	Fällen
4—5 „	.	.	.	.	in	7	Fällen
3—4 „	.	.	.	.	in	6	Fällen
2—3 „	.	.	.	.	in	6	Fällen
1—2 „	.	.	.	.	in	2	Fällen
1 Monat bis 1 Jahr	.	.	in	4	Fällen
Summa						39	Fälle

Wie viele Fälle der 131 hier in Behandlung genommenen primären Carcinome können wir nun als günstig, wie viele müssen wir als ungünstig verlaufene bezeichnen? und wie verhält sich die Art des Verlaufes zur Zahl und zur Grösse der an den einzelnen Patienten vorgenommenen Operationen? Vor Beantwortung dieser Fragen müssen wir 12 Patienten ausscheiden, welche in Folge der ersten Operation gestorben sind, und 14 weitere, über deren endliches

Schicksal nichts mehr in Erfahrung gebracht werden konnte. Von den übrigen 105 Fällen waren

von ungünstigem Verlaufe	36	Fälle
von absolut günstigem Verlaufe (über 5 Jahre von Recidiv frei)	28	„
von relativ günstigem Verlaufe (3 — 5 Jahre von Recidiv frei)	16	„
von noch unbestimmtem Verlaufe [1])	25	„
	105	Fälle

Zu den ungünstig verlaufenen gehören:

3 Patienten, welche mit Recidiven wiedergekommen und in Folge der Recidivoperation gestorben sind,
29 Patienten, welche an Recidiv auswärts gestorben sind,
4 Patienten, welche mit Recidiven behaftet noch am Leben sind,

36 Patienten

Was die Zahl der bei diesen 36 Patienten gemachten Operationen anbetrifft, so wurden im Ganzen 42 gemacht und zwar

36 erste Operationen,
6 zweite „

Von den 36 ersten Operationen bestanden

16 in einfacher Excision (und zwar 6 mal keilförmig),
11 in Excision mit theilweiser Resection des Unterkiefers,
8 in Excision und Drüsenexstirpation,
1 in Excision mit Resection und Drüsenexstirpation.

Von den 6 zweiten Operationen bestanden

2 in Incisionen und Ausschabungen mit dem scharfen Löffel,
3 in Excision mit Resection,
1 in Excision mit Resection und Drüsenexstirpation.

Es hatten demnach die primären Carcinome der 36 ungünstig verlaufenen Fälle grossentheils schon umfangreiche erste Operationen erfordert; die zweiten Operationen waren alle, wo sie noch radical gemacht werden konnten, von beträchtlicher Grösse; in zwei Fällen bestanden die zweiten Operationen nur in Incisionen und Auslöffelungen der ulcerirten Partien, um einerseits den Patienten Trost zu geben und andererseits sie von den jauchigen stinkenden zerfallenen Massen zu befreien.

Als absolut günstig verlaufen kann ich nur diejenigen Fälle bezeichnen, bei welchen mindestens 5 Jahre nach der Operation ver-

1) Es sind hiezu auch diejenigen Fälle gerechnet, bei welchen der Verlauf durch den innerhalb der nächsten 3 Jahre nach der Operation nach anderweitigen Krankheiten erfolgten Tod unentschieden blieb.

strichen sind, ohne dass Recidive sich einstellten. Thiersch gibt an, dass ein Zeitraum von $3^1/_2$ Jahren nach der ersten Operation noch keine Garantie für eine absolut günstige Prognose abgebe, und ich habe einen Fall zu verzeichnen, in dem noch im 5. Jahre nach der ersten Operation der Tod durch ein erstes Recidiv erfolgte. Bei den vor Ablauf von 5 Jahren verstorbenen Patienten mag der durch andere Krankheiten herbeigeführte Tod vielleicht einem Recidiviren des Carcinoms zuvorgekommen sein; ebenso sind die noch nicht 5 Jahre nach der Operation ohne Recidiv Lebenden noch nicht aller Sorge vor Recidiven enthoben. Da jedoch, wie es scheint, nach Ablauf von 3 Jahren seit der Operation nur noch sehr selten Recidive entstehen, so trage ich kein Bedenken, als relativ günstig verlaufen noch diejenigen Fälle zu bezeichnen, bei welchen mindestens 3 Jahre nach der Operation recidivfrei verstrichen sind, resp. beim Tod der Patienten waren. Thiersch hatte nach diesem Termine nur noch in 2 Fällen Recidiv auftreten sehen, und ich kann gleichfalls nur 2 Fälle anführen, bei welchen der Tod innerhalb der nächsten 3—5 Jahre nach der Operation an Recidiv erfolgte. Absolut günstig sind demnach verlaufen 28 Fälle. Von denselben sind 14 Patienten nicht mehr am Leben. Bei dem Tode hatten von ihnen nach der Operation noch zurückgelegt einen Zeitraum von

5—6	Jahren	. . . 1	Patient
6—7	„	. . . 2	„
7—8	„	. . . 7	„
9—10	„	. . . 1	„
12—13	„	. . . 1	„
13—14	„	. . . 1	„
16—17	„	. . . 1	„
		14	Patienten

Bei den ohne Recidiv noch am Leben befindlichen 14 Patienten dieser Gruppe beträgt die von der ersten Operation bis zur Zeit der Abfassung dieses Berichtes verstrichene Frist:

5—6	Jahre	. . . in 2	Fällen
7—8	„	. . . in 2	„
8—9	„	. . . in 2	„
9—10	„	. . . in 2	„
10—11	„	. . . in 1	„
11—12	„	. . . in 1	„
12—13	„	. . . in 3	„
16—17	„	. . . in 1	„
		14	Fälle

Bei den 28 absolut günstigen Fällen wurden im Ganzen 29 Operationen gemacht, und zwar

28 erste Operationen,
1 zweite Operation.

Die ersten Operationen bestanden

26 mal in einfacher Excision (10 mal keilförmig),
2 mal in einfacher Excision mit Drüsenexstirpation.

Die zweite Operation bestand in Exstirpation einer Drüsengeschwulst sub mandibula (mikroskopisch als carcinomatös bestätigt). Das Recidiv war 2½ Jahre nach der ersten Operation exstirpirt worden, und es starb der betreffende Patient ca. 11 Jahre nach der zweiten Operation und ca. 13 Jahre nach der ersten Operation.

Wie sich aus der Beschaffenheit der Operationen ergibt, waren die primären Carcinome in den absolut günstig verlaufenen Fällen von verhältnissmässig noch geringer Ausdehnung.

Als relativ günstig aufzufassen sind 16 Fälle. Von diesen Patienten starben drei ohne Recidiv und zwar alle im 5. Jahre nach der ersten Operation. Die übrigen 13 sind ohne Recidiv noch am Leben und haben von ihnen bereits zurückgelegt

3—4	Jahre . . .	7 Patienten
4—5	„ . . .	6 „
		13 Patienten

Diese 16 Patienten waren alle nur einmal operirt worden und zwar handelte es sich

9 mal um einfache Excision (8 mal keilförmig),
7 mal um Excision (jedesmal keilförmig) mit Drüsenexstirpation.

Von den übrigen Fällen starben nach der Operation ohne Recidiv innerhalb der drei ersten Jahre 12 Patienten und zwar

innerhalb	mehrerer Tage bis 1 Monat . . .	1 Patient
„	1 Monat bis 6 Monaten	1 „
„	6 Monate bis 1 Jahr	6 „
„	1 Jahr bis 2 Jahre	1 „
„	2 Jahr bis 3 „	3 „
		12 Patienten

Bei ihnen wurden nur erste Operationen gemacht und waren dieselben

8 mal einfache Excisionen (2 mal keilförmig),
4 mal Excision (3 mal keilförmig) mit Drüsenexstirpation.

Höchstens 3 Jahre nach der Operation haben bis jetzt ohne Recidiv 13 Patienten zurückgelegt, die noch am Leben sind, und zwar

3—2	Jahre	. . . .	4 Patienten
2—1	„	. . . .	4 „
9—1	Monat	. . . .	5 „
			13 Patienten

An diesen 13 Patienten wurden 14 Operationen vorgenommen, nämlich:

13 erste Operationen,
1 zweite Operation.

Die ersten Operationen waren

2 mal einfache Excisionen,
8 mal einfache Excisionen (in Keilform) mit Drüsenexstirpation,
3 mal Excision mit Abmeisselung oder Resection des Unterkiefers und Drüsenexstirpation.

Die eine zweite Operation folgte ca. 4 Monate auf die erste und bestand in Excision und Resection einer Unterkieferhälfte.

Eine günstige Prognose lassen, wie aus dem Vorhergehenden ersichtlich ist, nur diejenigen Fälle zu, bei welchen die Operation nur in einfacher Excision zu bestehen braucht, d. h. bei welchen das Carcinom noch verhältnissmässig geringen Umfang erreicht hat. Wo dagegen wegen Betheiligung des Knochens Resectionen nothwendig werden, darf man von vorneherein die Prognose als ungünstig bezeichnen. Welchen Einfluss die sorgfältige Entfernung vergrösserter Lymphdrüsen am Halse auch bei noch ganz kleinen Carcinomen auf die Verhütung der Recidive hat, darüber lässt sich auf Grund obiger Zusammenstellung noch nichts Bestimmtes aussagen, da es erst seit 5 Jahren bei uns Regel geworden ist, auch in den Fällen in welchen die Drüsen von aussen nicht fühlbar sind, einzuschneiden, die Drüsen aufzusuchen und herauszunehmen.

B. Recidivirte Carcinome der Unterlippe.

Es kamen 14 Patienten, die bereits von anderen Aerzten wegen Unterlippenkrebses operirt waren, wegen aufgetretener Recidive in Behandlung und zwar waren alle männlichen Geschlechtes. Die Recidive waren in 11 Fällen vorwiegend locale; in 3 Fällen dagegen fehlten locale Recidive und waren nur grössere Geschwülste im Bereiche der regionären Lymphdrüsengruppen vorhanden.

Die primären Carcinome hatten sich bei 12 Patienten entwickelt in einem Alter von:

36—40	Jahren	bei	1	Pat.	56—60	Jahren	bei 1 Pat.
41—45	„	„	1	„	61—65	„	„ 4 „
46—50	„	„	2	„	66—70	„	„ 1 „
51—55	„	„	1	„	71—75	„	„ 1 „

In zwei Fällen ist es nicht notirt.

Der Kräfte- und Ernährungszustand der Patienten war im Allgemeinen befriedigend; nur zwei Patienten waren schlecht genährt und schwach zu nennen.

Was zunächst die vorwiegend localen Recidive betrifft, so waren es 7 erste und 1 zweites Recidiv; zweimal ist dies nicht aufgezeichnet. In einem Falle ist es zweifelhaft, ob wir es mit einem ersten oder zweiten Recidiv, ja sogar ob wir es nicht blos mit dem primären Carcinom zu thun haben. Es ist dieser Fall deshalb von manchem Interesse und soll hier genauer beschrieben werden.

30. Maier, Joseph, Bauer, 65 Jahre alt. Im Jahre 1875 wurde von einem Arzte ein kleines Geschwür an der Unterlippe ausgeschnitten. Am 19. Februar 1877 kam Patient in die Klinik mit einem linsengrossen flachen Geschwürchen mit etwas verhärteten Rändern etwas entfernt von einer in der linken Unterlippenhälfte befindlichen Narbe. Das Geschwürchen hatte sich seit $^5/_4$ Jahren wieder entwickelt; es wurde mit der Narbe excidirt. Mikroskopisch konnte die klinische Diagnose Ulcus carcinomatosum nicht bestätigt werden. Heilung durch p. i. Am 28. Februar 1880 kam Patient wieder mit einem über erbsengrossen Geschwürchen 1 Cm. von der Narbe entfernt. Zugleich waren rechts unter dem Kiefer und unter dem Kinn vergrösserte Drüsen. Excision des Ulcus in Keilform und Entfernung der Drüsen. Das Geschwürchen erwies sich diesmal mikroskopisch als exquisites Epithelialcarcinom. Der Patient ist noch insofern interessant, als er mit einer Frau 21 Kinder zeugte. Er wurde am 6. März 1880 geheilt entlassen und befindet sich zur Zeit der Abfassung dieses Berichtes vollkommen gesund und ohne Recidiv.

Mir scheint es das wahrscheinlichste, dass wenn auch bei der ersten Aufnahme des Patienten das Geschwür sich mikroskopisch als nicht carcinomatös erwiesen hatte, vielleicht doch Carcinom vorlag. Es entzogen sich eben bei der Kleinheit des excidirten Stückes die krebsigen Elemente der Beachtung bei der mikroskopischen Untersuchung. Ich habe deshalb auch diesen Fall in die Gruppe der Recidive eingereiht.

Die 7 Patienten mit ersten Recidiven kamen zur Behandlung:

einmal 2 Jahre nach der 1. Operation und 3 Jahre nach Beginn des Leidens
„ 5 Monate „ „ „ „ „ 5 „ „ „ „ „
„ $^3/_4$ Jahr „ „ „ „ „ $1^1/_4$ „ „ „ „ „
„ 3 Monate „ „ „ „ „ 1 „ „ „ „ „
„ $^1/_2$ Jahr „ „ „ „ „ $1^1/_2$ „ „ „ „ „
„ 5 „ „ „ „ „ „ 5 „ „ „ „ „
„ 10 „ „ „ „ „ „ 12 „ „ „ „ „

im Durchschnitt also 2,7 Jahre nach der ersten Operation und 4,1 Jahre nach Beginn des Leidens.

Bei dem localen zweiten Recidiv war vor 3 Jahren die erste Operation, bei welchen nur ein kleines Stück ausgeschnitten zu werden brauchte, und später (wann?) die zweite, bei welchem die ganze Unterlippe entfernt werden musste und die Plastik mit doppelseitigem Jäsche'schen Lappen gemacht wurde, vorausgegangen.

Die Recidive hatten in 4 Fällen eine mässige Grösse; in 6 Fällen dagegen bereits erhebliche Ausdehnung erreicht.

Von den ersteren war eines auf die rechte, zwei auf die linke Unterlippenhälfte beschränkt; von einem ist das Nähere nicht notirt. In diesen Fällen waren zweimal Drüsenschwellungen in beiden Submaxillargegenden und unter dem Kinn vorhanden; einmal waren keine zu fühlen, und einmal ist darüber nichts notirt.

Zwei dieser Recidive wurden durch Keilschnitt exstirpirt; dreimal wurde die Plastik nach Jäsche und zwar doppelseitig gemacht. Ferner wurden die von aussen gefühlten Drüsen exstirpirt. Einer dieser Patienten starb 12 Tage nach der Operation, die Todesursache ist unbekannt; die anderen drei wurden nach einem durchschnittlichen Aufenthalte von 22,33 Tagen geheilt entlassen. Alle drei leben noch zur Zeit der Abfassung dieses Berichtes und zwar sind seit der letzten Operation einmal 3 Jahre, einmal 1½ Jahr und einmal 7 Monate verflossen.

Von den 6 Recidiven, welche bereits grössere Ausdehnung erreicht hatten, ist das Nähere aus folgenden Krankengeschichten zu ersehen:

31. Hausner, Georg, Bauer, 65 Jahre alt. Im Herbst 1863 an der linken Unterlippenhälfte eine Schrunde, deren Entstehung auf das beständige Pfeifenrauchen zurückgeführt wird. Aus dieser ging nach wenigen Wochen eine Geschwulst hervor, welche im August 1864 von einem Arzte operirt wurde. Die Wunde heilte in wenigen Tagen fast ganz zu bis auf eine kleine Stelle im unteren Wundwinkel, die beständig offen blieb und wiederholt geätzt wurde. An derselben entwickelt sich nun seit 14 Tagen rasch eine neue Geschwulst und zugleich am Alveolarfortsatz des Unterkiefers ein Geschwür. Erblichkeit wird negirt.

Ziemlich kräftiger Mann. Vom Lippenroth bis zum Kinn sich heraberstreckend eine fünfmarkstückgrosse kreisrunde Wucherung mit steilansteigenden Rändern und ungleicher höckeriger Oberfläche. Im oberen Drittel eine querverlaufende geschwürige Furche. Die ganze übrige Oberfläche der Neubildung ist mit dünnen Krusten bedeckt, zwischen denen kleine schrundenähnliche Geschwürsstreifen sich finden. Die Cutis ist rings um die Geschwulstbasis geröthet und infiltrirt. Die Geschwulst sitzt fest auf dem Unterkiefer auf. Die Mundspalte ist in Folge der früheren Operation etwas eng und nach der rechten Seite verzogen. Die Drüsen am Unterkieferwinkel beiderseits vergrössert. Sämmtliche Zähne des Ober- und Unterkiefers fehlen. Von der Mundhöhle aus, in die man wegen der kleinen

Mundöffnung nicht hineinsehen kann, ist mit dem Finger eine der Gegend der unteren Schneidezähne fest aufsitzende Wucherung zu fühlen; bei Druck auf dieselbe entleert sich durch die obenerwähnte Querfurche Secret nach aussen. Auch die Sonde lässt sich durch dieselbe leicht in die Mundhöhle einführen. — 12. December 1864 Exarticulation mit Resection des mittleren Theiles des Unterkiefers. Der dadurch entstandene Defect wird linkerseits durch einen von der Nasenwangengegend genommenen Lappen gedeckt; rechterseits ein horizontaler Schnitt nach aussen vom Mundwinkel geführt und die unter dem Schnitt liegende Partie herbeigezogen und mit dem linksseitigen Wangenlappen vereinigt. Zur Bildung des Lippenrothes Umsäumung der Lappen mit Schleimhaut. Der secundäre Defect der linken Wange wird durch einen entsprechenden Lappen der Jochbein-Schläfengegend gedeckt. In die Zunge war eine Ansa gelegt worden. Gleich nachdem Patient ins Bett gebracht, eine heftige Nachblutung aus der Sägefläche des linken Unterkieferstückes. Stillung durch das Glüheisen nach Oeffnung der Naht, dann Wiedervereinigung.

Trotzdem in den ersten Tagen Schwellung und Eiterung an mehreren Stellen eintrat, heilten die Lappen alle wie sie eingeheftet waren, vollständig ein und war überhaupt der Wundverlauf sonst ein günstiger. Am 4. Januar 1865 wurde Patient entlassen. Es bestand noch eine kleine in die Mundhöhle führende Fistel in der Kinngegend, aus welcher noch die Mundsecrete sich entleerten, und in der linken Schläfengegend noch eine kleine granulirende Fläche. Das linke obere Augenlid konnte nur wenig erhoben werden.

Anatomische Diagnose nicht notirt.

Am 10. Januar 1866 starb Patient in seiner Heimath an einem neuen Recidiv, das bald nach der Entlassung wieder entstanden war.

32. Märtl, Johann, Bauer, 74 Jahre alt. Bei dem muskelkräftigen, gut genährten Mann ist die ganze Kinngegend bis zum Lippenroth eingenommen von einem auf dem Unterkiefer fest aufsitzenden und mit der gerötheten Haut verwachsenen Carcinomrecidiv, das sich seitlich bis zur Gegend der Backzähne, nach abwärts bis zur Mitte der Unterkinngegend erstreckt. Am 5. December 1867 Exstirpation mit Resection des Unterkiefers vom ersten Mahlzahn links bis zum dritten Mahlzahn rechts. Der dadurch entstandene sehr grosse Defect wurde durch zwei Wangenlappen zu decken versucht. Da aber die Zunge nicht Platz hatte im Munde, wurden die Lappen über der hervorhängenden Zunge durch Knopfnähte vereinigt und so eine Art Unterlippe hergestellt. Ernährung durch Schlundsonde. Starke Schwellung und Röthung des Gesichtes, Gangränescenz der Wundränder, am dritten Tage nach erheblicher Athemnoth und Cyanose Tod.

Sectionsbefund: Eitrig-jauchige Infiltration der Weichtheile des Gesichtes, beginnende Diphtheritis des Schlundes, lobuläre Infiltration der Lunge, Lungenemphysem, eitrige Bronchitis, Hypertrophie des linken Herzens. Die mikroskopische Diagnose des Unterlippentumors lautete auf Carcinoma epitheliale labii inf. et mandibul.

33. Hiltner, Johann, Tagelöhner, 63 Jahre alt. Vor 3 Jahren entstand ein verhärtetes Geschwür an der Unterlippe, das vor 2 Jahren exstirpirt wurde. Seit einem halben Jahre entwickelte sich das Recidiv. Patient ist sehr altersschwach und hustet viel. Die Kinn- und linke Wangen-

gegend von einer tief ausgefressenen, jauchenden Ulceration eingenommen, deren Umgebung hart infiltrirt ist. Die Infiltration erstreckt sich nach unten bis fast an den Kieferrand, nach rechts bis zum Mundwinkel, nach links über den Mundwinkel hinaus auf die Wange und auf ein kleines Stück der Oberlippe. Unterlippenschleimhaut nicht ulcerirt. Drüsenschwellungen fehlen. Am 24. April 1873 Exstirpation. Zur Deckung des grossen Substanzverlustes wird rechts ein Bruns'scher Wangenlappen ausgeschnitten und links gleichfalls ein Lappen aus der Wange durch einen von der Oberlippe aus, am Nasenflügel vorbeilaufenden und dann bogenförmig nach aussen geführten Schnitt gebildet. Beide Lappen werden miteinander und mit den unteren Defecträndern durch Knopfnähte vereinigt. Zur Deckung der secundären Defecte an den Wangen wird rechts vom oberen Wundrande ein bogenförmiger Schnitt mit oberer Convexität nach aussen geführt und so ein Lappen aus der unteren Schläfengegend beweglich gemacht, links dagegen aus dem unteren Theil der Stirn ein langer bis zur Stirnmitte reichender, schmaler Lappen lospräparirt. Beide Lappen lassen sich gut in die Defecte einnähen; links war es noch nöthig, einen kleinen Schnitt vom oberen Wundrande nach aussen zu führen, um die Schwenkung des Lappens zu erleichtern. Die Lappen behielten ihr gutes Aussehen im weiteren Verlauf, dagegen nahmen die Kräfte des Patienten immer mehr ab. Fortwährendes rasselndes Athmen. Am 26. April starb Patient. Sectionsbefund: Starkes Lungenödem und schlaffe pneumonische Infiltration; hochgradige Lungenatrophie; erhebliche excentrische Hypertrophie des rechten Herzens; Dilatation der Pulmonalarterien; Altersatrophie der Leber und Milz; Narben der Nieren; Residuen umschriebener Peritonitis.

Anatomische Diagnose der Lippengeschwulst nicht notirt.

34. Grieshammer, Georg, Tagelöhner, 78 Jahre alt, bemerkte vor fünf Jahren ein kleines Geschwür an der Unterlippe, aus welchem sich allmählich ein über haselnussgrosser Tumor entwickelte. Derselbe wurde im März 1874 von einem Arzte exstirpirt. Sechs Wochen nach der Operation kehrte die Geschwulst wieder und nahm rasch eine erhebliche Grösse an. In der Familie Aehnliches nicht vorgekommen. Patient hat sehr viel Pfeifen geraucht. Für sein Alter noch ziemlich kräftiger und rüstiger Mann. Die Unterlippe eingenommen von einer mehrfach höckerigen, zum Theil tief kraterförmig exulcerirten, harten Geschwulst. Dieselbe reicht am Lippenroth nahezu von einem Mundwinkel zum anderen, und erstreckt sich rechts von der Mittellinie aus schräg nach abwärts zum Unterkieferrand. Links reicht sie nur 1—2 Cm. unter das Lippenroth herab. In der rechten Submaxillargegend ein infiltrirtes Drüsenpacket, in der linken eine bewegliche kleine Drüse. Am 26. August 1874 Exstirpation der Geschwulst und der Drüsen. Der entstandene grosse Defect wird durch einen linksseitigen Jäsche'schen Lappen und durch einfache Verschiebung der Weichtheile der rechten Seite gedeckt. Nach der Naht zeigen die Lappen ziemlich bedeutende Spannung. Es wird darum der linke Wangenlappen noch durch einen längs des Kieferrandes verlaufenden Entspannungsschnitt verschiebbarer gemacht. Durch Gangränescenz der Wundränder ging fast alles Genähte wieder auseinander. Auch die zur Umsäumung benutzte Schleimhaut heilte nicht ein. Um die Lappen in ihrer Lage zu erhalten, wurden Gazestreifen, mit Collodium getränkt, übergelegt. Am 10. Tage hatten die

Wunden alle sich gereinigt und granulirten gut. Am 21. September 1874 wurde Patient entlassen. An der durch Granulation zusammengeheilten Unterlippe fehlte das Lippenroth.

Anatomische Diagnose nicht notirt.

Patient starb in seiner Heimath am 15. März 1876 an neuem Recidiv; wann dasselbe aufgetreten, konnte nicht ermittelt werden.

35. Käsbauer, Joseph, Bauer, 68 Jahre alt. Das Leiden begann im Frühjahr 1874 angeblich nach einem Schnitt beim Rasiren. Der nach wiederholtem Abkratzen der Krusten entstandene Knoten, der sichtlich wuchs, wurde im Herbst 1874 ausgeschnitten. Kurze Zeit darauf bildete sich wieder eine Verhärtung, welche seit Weihnachten ulcerirte. Aehnliche Gewächse sind bei seinen Verwandten nicht vorgekommen. Patient ist Nichtraucher. Bei seiner Aufnahme (12. Juli 1875) findet sich am linken Mundwinkel nach unten und aussen bis zum Kieferrand reichend, ein ziemlich tief ulcerirter Tumor. Disser bildet eine sehr derbe, nicht scharf abgegrenzte Infiltration, welche sich an der Schleimhautseite bis zum vorderen Rande des Masseter erstreckt und mit dem Unterkiefer fest verwachsen ist. Lymphdrüsentumoren kann man von aussen nicht durchfühlen. Am 15. Juli Exstirpation des Carcinoms mit Resection eines etwa $1\frac{1}{2}$ Zoll breiten Kieferstückes. Plastik mit linksseitigem Wangenlappen mit unterer Basis. In den zwischen diesem Lappen und dem rechtsseitigen Wundrand liegenden unteren Winkel war die Schleimhaut der linken Unterzungengegend eingeheftet, um einestheils die Zunge zu fixiren und anderentheils einen Abfluss für die Mundsecrete zu schaffen.

Die Wunden heilten p. i., mit Ausnahme der vertical verlaufenden Wunde; hier wichen die gangränescirten Ränder auseinander, bis auf eine etwa $\frac{1}{3}$ Zoll breite obere Brücke. Zur Erhaltung dieser Brücke wurden ober- und unterhalb derselben wiederholt Silberdrahtnähte angelegt und mit Erfolg. Die Brücke blieb bestehen und es verkleinerte sich die Wunde von untenher beträchtlich. In der Gegend des rechten Mundwinkels kam es auch nicht zur Vereinigung und bildete sich hier ein mit der rechten Lippenseite in Zusammenhang stehender nach vorn prominirender Zipfel. Am 9. August 1875 wurde Patient auf seinen Wunsch mit gut granulirender Wunde der Kinngegend entlassen, in welcher vom Unterkiefer noch ein kleines Stück hervorsah; er erhielt die Weisung, später zur Beseitigung der Lippendifformität wiederzukommen.

Am 3. Mai 1876 trat Patient wieder in die Klinik und die Difformität an der Unterlippe hatte mittlerweile zugenommen, da die Prominenz des bei der Entlassung noch bestandenen Zipfels an der rechten Lippenseite noch stärker geworden war. Unter diesem Zipfel zeigte sich nun auch eine sehr derbe, offenbar carcinomatöse Infiltration, welche das Gebiet der alten Narbe und deren Umgebung einnahm und mit den Enden des früher resecirten Unterkiefers innig verwachsen war. Drüsen am Halse nicht afficirt. Zur Beseitigung des Carcinomrecidivs muss der grösste Theil der Unterlippen- und Kinnweichtheile excidirt und ein nicht unerheblicher Theil der Unterkieferenden resecirt werden. Die Zunge verliert dadurch vollständig ihren Halt und muss um das Athmen zu ermöglichen, beständig mittelst einer durch sie hindurchgelegten Ansa nach vorne gezogen werden. Der Defect wird schliesslich durch einen vierseitigen, aus der Haut unter dem

Kinn entnommenen Lappen nach Langenbeck's Methode gedeckt, nachdem die Unterzungenschleimhaut mit dem oberen Rande des zwischen primärem und secundärem Defect stehen gebliebenen Hautdreiecks zusammengeheftet ist. Der Verlauf nach der Operation war ein günstiger. In den beiden ersten Tagen musste die Zunge durch Anspannen der Ansa fixirt werden; von da an zeigte sie keine Neigung mehr, stark zurückzuweichen. Fieber war nur sehr gering (höchste Temperatur 38,3). Der vom Hals heraufgeschwenkte Lappen heilte p. i. ein. Am 15. Mai 1876 wurde Patient mit gut granulirender Wunde am Halse entlassen.

Anatomische Diagnose: Epithelialcarcinom.

Patient starb in seiner Heimath am 30. August 1877 am „Beinfrass" (Recidiv?).

36. Streckfuss, Georg, Tagelöhner, 58 Jahre alt. Im Mai 1876 begann sein Leiden ohne bekannte Veranlassung; in diesem Jahre wurde eine kleine Geschwulst aus der Unterlippe von einem Arzte excidirt. Derselbe Arzt entfernte später ein fast die ganze Unterlippe einnehmendes Recidiv und deckte den Defect durch beiderseitige Wangenlappen nach Jäsche. Patient ist mässiger Pfeifenraucher; Heredität ausgeschlossen. Ernährungszustand nicht besonders gut. Die Unterlippen- und Kinngegend eingenommen von einer unregelmässigen, tiefgreifenden Ulceration, in deren Umgebung die Weichtheile derb infiltrirt sind und die Haut livide Färbung zeigt. Sie hat die Grösse ungefähr eines Fünfmarkstückes. Ein weiteres ähnlich beschaffenes Ulcus befindet sich an der linken Hälfte der Oberlippe. Beide Geschwüre sind miteinander nicht in Verbindung, sie sind getrennt durch einen Streifen normaler Weichtheile und durch eine vom linken Mundwinkel nach aussen unten bogenförmig über die Wange verlaufende Narbe. Eine gleiche Narbe zieht vom rechten Mundwinkel über die rechte Wange hin. Die Geschwulst hängt am Kinn mit dem Knochen zusammen. Die Lymphdrüsen am Halse beiderseits ein wenig geschwellt. — 12. November 1879 Exstirpation der Geschwulst; mit Resection des vorderen Stückes des Unterkiefers. Es entsteht dadurch ein grosser Defect, der das linke Drittel der Oberlippe, einen Theil der linken Wange und die ganze Unterlippe einnimmt. Von der Wunde aus werden die linken Unterkieferdrüsen und die Unterkinndrüsen exstirpirt, zur Entfernung der Drüsen der rechten Submaxillargegend wird ein neuer Schnitt angelegt. Von der Deckung des Defectes wird vorläufig abgesehen; nur die Oberlippe wird mit der Wange durch Nähte vereinigt; ausserdem wird die Mundschleimhaut fast in ganzer Ausdehnung mit den Defecträndern der Haut vernäht. Nach der Operation wurde Patient ernährt durch klare flüssige Nahrung per os, und per rectum durch Fleischpankreasklystiere. In den ersten Tagen pneumonische Erscheinungen (links hinten unten), die nach etwa 7 Tagen rückgängig wurden. Am 29. Nov. Schlingbeschwerden, Schmerzen in der Kehlkopfgegend und im Nacken. Beim Einführen der Schlundsonde entdeckt man einen retropharyngealen Abscess. Incision. Danach schnelle Heilung. Am 7. December 1879 konnte Patient entlassen werden mit der Weisung, nach einiger Zeit behufs Wiederherstellung der Unterlippe wieder zu kommen.

Anatomische Diagnose: Auf den Unterkiefer übergreifendes Epithelialcarcinom.

Laut später eingetroffener Nachricht wurde auswärts von einem Arzte

im Februar 1880 eine Operation zur Herstellung des Mundes vorgenommen und hatte diese den gewünschten Erfolg. Patient überstand dieselbe ganz gut und wurde am 6. März 1880 aus dem Krankenhause in Neustadt a. Aisch entlassen; starb aber plötzlich auf dem Wege vom Krankenhause nach seiner Wohnung. Das Carcinom war nicht wieder aufgetreten.

Es sind demnach von denjenigen 5 Patienten, welche bereits mit ausgedehnten localen ersten Recidiven zum ersten Mal hier in Behandlung kamen, 2 in Folge der Operation gestorben und zwar im Laufe von 3 und 2 Tagen. Die übrigen 3 wurden geheilt entlassen, blieben aber alle 3 nicht von Recidiven verschont, einer starb auswärts 1 Jahr nach der Entlassung aus der Klinik, der zweite ½ Jahr darnach. Der dritte kam nach 9 Monaten mit einem zweiten Recidiv wieder, wurde nochmals operirt und geheilt entlassen, erlag aber 15 Monate später einem dritten Recidiv.

Der Patient, welcher bereits ein zweites Recidiv hatte, als er hierher zur Behandlung kam, wurde hier geheilt entlassen, starb aber nach 3 Monaten ganz plötzlich ohne Recidiv, nachdem von einem Arzte noch kurz vorher eine Plastik gemacht worden war.

Drei Patienten, welche von auswärtigen Aerzten wegen Unterlippencarcinoms operirt waren, kamen hier zur Behandlung mit Recidiven im Bereiche der regionären Drüsen, während locale Recidive fehlten. Als die Patienten hier zur Behandlung kamen, waren

seit Beginn des Leidens einmal 3 Jahre 6 Monate
„ „ „ „ einmal 1 „ 5 „
„ „ „ „ einmal c. 3½ Jahre

und seit der Exstirpation der Lippengeschwulst in derselben Reihenfolge 9, 6 und 29 Monate verflossen. Wie gross die Lippengeschwülste zur Zeit der Exstirpation waren, ist in 2 Fällen angegeben; nämlich einmal war die Geschwulst kirschengross, im zweiten Falle nahm sie fast das ganze Unterlippenroth ein. Im letzten Falle ist das nicht erwähnt. Die Drüsengeschwülste wurden einmal 6 und einmal circa 20 Monate nach der Operation des Lippentumors bemerkt. In einem Falle hatten zur Zeit der Operation bereits circa 1 Jahr lang Drüsengeschwülste in beiden Unterkiefergegenden bestanden; sie waren von dem operirenden Arzte auch bemerkt, aber nicht exstirpirt worden.

In allen drei Fällen hatten die Recidive erhebliche Grösse erreicht und erforderten daher ausgiebige Operationen. Ich lasse darum hier die Krankengeschichten derselben folgen:

37. Stellwag, Leonhard, Bauer, 64 Jahre alt, bemerkte vor 3½ Jahren an der linken Unterlippenhälfte eine kleine mit einer Borke bedeckte

Stelle, welche ein Jahr lang unverändert blieb, dann aber sich zu einer Geschwulst von der Grösse einer Kirsche entwickelte. Im Juni 1860 wurde dieselbe von einem Arzte excidirt. Die Wunde heilte rasch zu. Im Januar 1861 bemerkte Patient in der linken Unterkiefergegend eine erbsengrosse Drüse, welche sehr rasch an Umfang zunahm. Patient rauchte viel Pfeife und zwar stets im rechten Mundwinkel. Seine Mutter starb an Gebärmutterkrebs. Sehr kräftiger Patient. In der linken Unterlippenhälfte eine senkrechte circa 2 Cm. lange Narbe. In der linken Submaxillargegend eine hühnereigrosse, wenig über den Kieferrand nach aufwärts reichende Geschwulst. Die Haut darüber von normalem Aussehen und leicht verschiebbar. Die Geschwulst nach obenhin nicht scharf begrenzt und hier mit dem Unterkiefer zusammenhängend. Sonstige Lymphdrüsenschwellung nicht vorhanden. Am 14. März 1861 Exstirpation. Man gelangt dabei bis nahe an die Carotis, der Unterkiefer selbst ist nur oberflächlich erkrankt, mit kleinen Osteophyten besetzt. Man reinigt ihn mit dem Schabeisen. Auch von der Glandul. salival. submaxill. wird ein Stück, das vom Carcinom umklammert ist, entfernt. Die Wunde nur theilweise vereinigt. Im Wundverlaufe waren einige nicht unerhebliche Nachblutungen störend, sonst keine Zwischenfälle; am 27. März 1861 mit schön granulirender Wunde entlassen.

Anatomische Diagnose nicht angegeben.

Am 18. Juni 1861 stellte sich Patient wieder vor, mit einem sehr erheblichen Recidiv der linken Unterkiefergegend, das tief in die Weichtheile eindringt und am Unterkiefer unbeweglich aufsitzt. Da Patient keinen operativen Eingriff mehr wünscht, derselbe auch wegen der Grösse der Geschwulst nicht gut möglich erscheint, wurde Patient sogleich wieder entlassen. Er starb in seiner Heimath am 29. September 1861 in Folge des Carcinoms.

38. Böhmer, Georg, Bauer, 51 Jahre alt, verwundete sich vor 2 Jahren die Unterlippe durch Fall. Aus der Wunde ging ein verhärtetes Geschwür hervor, das im März 1874, damals fast das ganze Lippenroth einnehmend, von einem Arzte exstirpirt wurde. Schon damals sollen taubeneigrosse Drüsengeschwülste in beiden Unterkiefergegenden bestanden haben, aber vom Arzte nicht entfernt worden sein. Die Wunde heilte bald zu. Im April 1874 begannen nun die Drüsengeschwülste grösser zu werden und waren bei Aufnahme des Patienten am 23. September 1874 zu einem zusammenhängenden Tumor angewachsen, der in der Regio submax. sin. nahe am Unterkieferwinkel beginnend über die Mittellinie hinaus sich in einen über wallnussgrossen Knoten der rechten Unterkiefergegend fortsetzte. Er beginnt linkerseits etwas oberhalb des Unterkieferrandes und reicht bis am Zungenbein herab; an seiner Oberfläche ist er zum Theil tief kraterförmig ulcerirt, zum Theil mit pilzähnlichen, grobpapillären Wucherungen besetzt. Unterlippe und Unterkiefer erscheinen intact; auf der rechten Lippenhälfte eine vom Roth fast bis zum Kinn herabreichende Y-förmige Narbe von normaler Beschaffenheit.

Am 24. September Exstirpation des Tumors; dieselbe gelingt vollständig glatt. Links muss die Unterkieferspeicheldrüse, die ganz in den Tumor mit aufgegangen ist, exstirpirt werden. Unterkiefer intact. Die grosse Wunde kann nicht durch Nähte vereinigt werden. Die Verbände wurden

mit essigsaurer Thonerdelösung angelegt; die Wunde begann darunter bald gut zu granuliren und sich zu verkleinern, und konnte Patient am 14. Oct. mit gut granulirender, noch guldengrosser Wunde entlassen werden.

Mikroskopische Untersuchung ergab: Plattenepithelialcarcinom der Lymphdrüsen.

Am 31. Mai 1875 kommt Patient mit einem neuen Recidiv der linken Regio retromaxillaris dicht hinter und unter der Narbe wieder. Dasselbe stellt einen zum Theil harten, zum Theil fluctuirenden nicht scharf abgegrenzten mit livider Haut bedeckten Tumor dar. An manchen Stellen finden sich tiefgreifende Ulcerationen, die in unregelmässige mit Jauche erfüllte Höhlen führen. In der Regio submentalis in der Operationsnarbe eine linsengrosse, anscheinend oberflächliche Ulceration. In der rechten Regio submaxillaris ein etwas über wallnussgrosser nicht verschieblicher Tumor, der sich nach aufwärts in die Parotisgegend fortsetzt. Hinter dem rechten Kieferwinkel zwei haselnussgrosse Drüsen. Die Haut rechterseits über allen Tumoren verschieblich, dagegen sitzen die letzteren der Aussen- und Innenfläche des Unterkiefers fest auf. Ausserdem findet sich zwei Finger breit über dem Manubr. sterni eine haselnussgrosse bewegliche Drüse. Die linke Wange in ihrer unteren Partie etwas ödematös. Bei der Exstirpation am 4. Juni 1875 wurde links der grösste Theil Parotis weggenommen, ausserdem mussten auch die vom Carcinom ergriffenen Muskeln Masseter, Biventer, Stylohyoideus, Geniohyoideus, Mylohyoideus, sowie die Nerv. lingual. und hypogloss., grossentheils excidirt werden. Die linke Carotis extern. wurde zweimal durchschnitten und unterbunden. Nach Wegnahme der Parotis fiel sofort die Facialisparalyse auf. Rechterseits wurde mit den Tumoren die carcinomatöse Unterkieferspeicheldrüse exstirpirt. Der Unterkiefer konnte erhalten werden.

Der Wundverlauf war anfangs günstig. Am 14. Juni schien es als ob sich das gangränös gewordene Ende der stark pulsirenden Carotis ext. bald lösen würde. Es wurde darum dieselbe frei präparirt; der Stumpf der Carotis extern. erschien zu kurz, um noch mit Erfolg an der centralen Seite des abgestorbenen Stückes unterbunden werden zu können. Man legte aus diesem Grunde sogleich noch die Carotis commun. frei, und schnürte diese mit einer Darmsaitenligatur zu. Einige Zuckungen im Gesichte während des Schlusses der Ligatur, sonst unmittelbar darnach keine Veränderung am Patienten. Erst am 2. Tage darnach trat Somnolenz, rechtsseitige Hemiplegie, unwillkürlicher Abgang von Urin ein. Die Pupillen zeigten sich etwas eng, aber gleichweit und gut reagirend. Am 15. Tage nach der Operation unter Zunahme der Somnolenz u. s. w. Tod.

Sectionsbefund: Fleckige Hyperämie der Marksubstanz beider Hemisphären; Schwellung und Hyperämie des Streifenhügels; geringer Hydrocephalus int. In der granulirenden Wunde noch eine krebsige Drüse. Emphysema und Oedema pulmon.

Mikroskopischer Befund des exstirpirten Tumors: Epithelialcarcinom.

39. Kraus, Leonhard, Gütler, 53 Jahre alt. Im Frühjahr 1877 entwickelte sich ohne Ursache an der rechten Unterlippenhälfte ein Geschwür, das sich allmählich vergrösserte und im Juni 1878 von einem Arzte exstirpirt wurde. Die Wunde verheilte rasch und gut. Im Frühjahr 1880 entwickelte sich eine neue Geschwulst an der rechten Unterkiefergegend.

Patient rauchte nie. Seine Mutter starb an Gebärmutterkrebs. Zur Zeit der Aufnahme am 9. December 1880 zeigte sich in der rechten Submaxillargegend ein fast hühnereigrosser harter von blaurother Haut bedeckter Tumor, der auf dem Unterkiefer fest aufsitzt. Sonst findet sich nur noch in der linken Unterkiefergegend eine erbsengrosse Drüse. An der rechten Unterlippenhälfte eine vom Roth mehrere Centimeter nach abwärts verlaufende, normale Narbe. Bei der Exstirpation der Geschwulst wird der Unterkiefer in der Gegend des rechten äusseren Schneidezahnes schräg von unten innen nach aussen oben durchmeisselt und nach Ablösung von den gesunden Weichtheilen in seiner rechten Hälfte exarticulirt. In der Regio submaxill. dextr. wird noch eine bohnengrosse, links eine erbsengrosse Drüse exstirpirt. In der Unterkinngegend kann auch nach dem Einschneiden keine Drüse entdeckt werden. Die Resectionswunde kann fast vollständig genäht werden, nur in der Mitte der Unterkiefergegend bleibt ein 2 Cm. langes Loch zum Abfluss der Secrete. Bei näherer Betrachtung zeigt sich der Tumor den Unterkiefer innen und aussen innig umgreifend, ohne ihn besonders zu usuriren; nur an einer linsengrossen Stelle dringt er in denselben ein. Auch nach dem Durchsägen zeigt sich der Knochen in seinem Inneren fast intact. Der Wundverlauf ein vollkommen guter; in den ersten Tagen geringes Fieber, Acme am 2. Tage mit 38,3. Am 24. December 1880 geheilt entlassen. Die Ernährung des Patienten bestand in der ersten Zeit nach der Operation in der Darreichung von Flüssigem per os, und in Fleischpankreasklystieren.

Anatomische Diagnose: Plattenepithelialcarcinom.

Es starb sonach einer der drei letztgenannten Patienten in Folge der Operation (Carotisunterbindung) am 15. Tage; einer wurde geheilt entlassen und erlag einem zweiten Recidiv unoperirt 6 Monate nach der Entlassung; der dritte wurde gleichfalls entlassen; es ist aber seit seiner Entlassung erst ganz kurze Zeit verstrichen, so dass sich über den Verlauf seines Carcinoms noch nichts aussagen lässt.

Wenn wir von dem Patient Joseph Meier (Nr. 30) absehen, so wurden an den übrigen 13 Patienten, die schon auswärts wegen einer Unterlippengeschwulst operirt worden waren und die erst wegen der Recidive hier in Behandlung kamen, 15 Operationen in hiesiger Klinik gemacht und zwar 12 zweite und 3 dritte Operationen.

Die zweiten Operationen bestanden

4 mal in der einfachen Exstirpation des localen oder Drüsenrecidivs,
3 mal in einfacher Excision der Lippengeschwulst mit gleichzeitiger Drüsenexstirpation,
5 mal in Excision mit Resection des Unterkiefers.

Zweimal wurde dabei die Glandul. salival. submaxill. mit entfernt. In Folge der zweiten Operationen starben in der Klinik 3 Patienten.

Die dritten Operationen bestanden

1 mal in der Exstirpation grosser Tumoren am Halse und Gesicht ohne Knochenresection,

2 mal in Exstirpation mit Resection.

In Folge der dritten Operationen starb in der Klinik ein Patient (Carotisunterbindung).

Das Schicksal der übrigen 9 ist folgendes:

Am Leben sind noch 4 Patienten.

Auswärts gestorben sind 5 Patienten (darunter alle, an welchen dritte Operationen vorgenommen wurden).

Die 4 noch am Leben befindlichen Patienten haben nun zurückgelegt:

seit Beginn des Leidens	seit der ersten Operation	seit der zweiten Operation
4 Jahre	3 1/2 Jahre	3 Jahre
6 „	6 „	1 1/2 „
12 1/2 „	10 1/2 „	7 Monate
3 1/2 „	2 1/2 „	1 „

Sie sind alle bis jetzt von weiterem Recidiv verschont.

Die auswärts Gestorbenen starben

	nach Beginn des Leidens	nach erster Operation	nach zweiter Operation	nach dritter Operation
	3 Jahr 10 Mon.	1 Jahr 4 Mon.	— Jahr 6 Mon.	—
	2 „ — „	1 „ 3 „	1 „ — „	—
c.	7 „ — „	2 „ — „	1 „ 7 „	—
	3 „ 6 „	3 „ — „	2 „ — „	1 Jahr 3 Mon.
	2 „ 10 „	2 „ 6 „	?	— „ 3 „

Der Tod erfolgte 4 mal durch Recidive und zwar 3 mal durch das zweite Recidiv und 1 mal durch das dritte Recidiv. In einem Falle trat plötzlicher Tod ein und ist die Ursache desselben unbekannt.

Der Umstand, dass ein Patient erst 10 Jahre nach der ersten Operation mit einem Recidiv zur Behandlung kam, könnte die oben aufgestellte Ansicht, dass diejenigen Fälle als absolut günstig verlaufen zu betrachten seien, bei welchen sich 5 Jahre nach der Operation kein Recidiv mehr eingestellt hat, hinfällig erscheinen lassen. Ich glaube jedoch das oben Behauptete gelten lassen zu können und den genannten Fall als besonderen Ausnahmefall betrachten zu müssen. Uebrigens berichtet auch Winiwarter von einem ähnlichen Ausnahmefall, in dem nach 9 Jahren ein Recidiv eintrat.

Um einen Ueberblick über den Sitz und die Ausdehnung aller in hiesiger Klinik beobachteten Recidive zu geben, füge ich hier noch folgende Tabelle an:

Sitz des Recidivs	Recidive	
	erstes	zweites
In der Wunde vor der Benarbung	4	1
Unterlippe an oder neben der Narbe	6	1
Gesichtsweichtheile	1	—
Gesichtsweichtheile und Unterkiefer	6	1
Gesichtsweichtheile, Unter- und Oberkiefer . . .	1	—
Unterkiefer ohne besondere Betheiligung der Weichtheile	4	—
Unterkieferdrüsen	3	—
Hals- und Gesichtsweichtheile	—	1
Halsweichtheile und Unterkiefer	—	1
Hals- und Gesichtsweichtheile und Unterkiefer .	1	—
Hals- und vordere Thoraxgegend	1	—
Summa	27	5

Schliesslich stelle ich noch sämmtliche an den 145 Patienten ausgeführten Operationen zusammen.

Exstirpationen auf die Unterlippe beschränkter Carcinome (grösstentheils mit nachfolgender Plastik) wurden 65 mal ausgeführt, von diesen führten 3 zum Tode.

Exstirpationen auf die Unterlippe beschränkter Carcinome (grösstentheils mit Plastik) sammt Wegnahme der regionären Lymphdrüsen waren 36 mal erforderlich, 3 mal mit tödtlichem Ausgang.

Exstirpationen ausgedehnterer auf Wangen-, Oberlippen-, Kinn- und Halsweichtheile übergegangener Carcinome 6 mal, 1 mal mit tödtlichem Ausgang.

Exstirpationen solcher Carcinome mit Drüsenauslösung 8 mal, 1 mal mit tödtlichem Ausgang.

Kleinere, die Continuität nicht trennende Unterkieferresectionen 13 mal mit 2 Todesfällen.

Grössere, die Continuität trennende Kieferresectionen 19 mal mit 6 Todesfällen.

Kieferresectionen nicht näher bezeichneter Ausdehnung 5 mal, 2 mal mit tödtlichem Ausgang.

Also wurden an den 145 Patienten 155 Operationen vorgenommen, welche in 16 Fällen letal verliefen.

Erlangen, 15. Februar 1881.

IV.

Mittheilungen aus der Würzburger chirurgischen Klinik.

III.

Ueber Impfungen mit Abscessmembranen und den Producten fungöser Gelenkentzündungen.

Von

Dr. Fehleisen.

(Schluss.)[1])

(Hierzu Tafel II.)

Gewiss sind die tuberculösen Erkrankungsherde als Depots infectiöser Stoffe anzusehen, welche unter Umständen zur Resorption kommen und in den Kreislauf gelangen können, von wo aus sie dann, wenn sie nicht sofort wieder ausgeschieden werden, Erkrankungen anderer Organe verursachen können, aber die Aufnahme des tuberculösen Virus in das Blut braucht durchaus nicht in jedem Falle einzutreten; ich glaube sogar, dass dies verhältnissmässig selten der Fall ist, weil, wie auch Cohnheim hervorhebt, eine Verbreitung der Tuberculose auf dem Wege der Blutbahn nicht eben häufig nachzuweisen ist.

Für die acute Miliartuberculose ist allerdings von Ponfick und Weigert in einer Reihe von Fällen ein reichliches Uebertreten käsiger Massen in den Kreislauf nachgewiesen worden, aber eben wenn man, wie es durch diese Forscher wahrscheinlich gemacht wurde, das Wesen der acuten Miliartuberculose in einer solchen Aufnahme käsiger Massen in den Kreislauf sehen will, so darf man ein Gleiches nicht auch ohne Weiteres für die chronischen Fälle annehmen, bei denen der Process gewiss sehr oft ein rein localer ist. Dass das Blut nicht der dauernde Träger oder gar die Entwicklungsstätte des infectiösen Stoffes sein kann, scheint mir übrigens schon aus den Erfolgen rein localer Behandlungsmethoden hervorzugehen.

---

1) Schluss von Bd. XIV. S. 583.